



**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**



**A saúde dos imigrantes em Portugal:
Que necessidades em saúde? Que utilização dos
cuidados de saúde?**

**Orientador:
Professor Doutor João Pereira**

**Discente:
Tatiana Filipa Palão Silvestre**

III Curso de Mestrado de Gestão em Saúde

Lisboa, 2010

Agradecimentos

A todos os docentes do III Mestrado de Gestão em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública pelo conhecimento que me transmitiram durante a minha estadia no curso.

Em especial, ao Professor Doutor João Pereira, pela disponibilidade demonstrada e apoio na orientação deste trabalho.

Aos meus colegas do III Mestrado de Gestão em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública pelo companheirismo e partilha de ideias.

Siglas:

ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural

ACIME – Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas

CNAI – Centro Nacional de Apoio aos Imigrantes

CNLS – Comissão Nacional de Luta contra a Sida

DGS – Direcção Geral de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

INS – Inquérito Nacional de Saúde

INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

OMS – Organização Mundial de Saúde

PALOP - Países de Língua Oficial Portuguesa

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

VIH – Vírus de Imunodeficiência Humana

ÍNDICE:

I. Introdução	5
II. Enquadramento teórico e exploração de conceitos.....	9
A. Determinantes de saúde versus determinantes das desigualdades em saúde	10
B. Os estudos sobre as desigualdades em saúde	11
C. Os estudos sobre as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde	21
D. Os conceitos e as variáveis que definem a população imigrante	29
E. Conclusão	32
III. A realidade Portuguesa	34
A. A Imigração em Portugal – Breve contextualização.....	34
B. Enquadramento Legal da Imigração e Saúde em Portugal.....	35
1. Legislação sobre imigração	35
2. A população imigrante e o Direito à Saúde	38
C. A investigação sobre imigração e saúde em Portugal	40
D. As Iniciativas do Estado Português: O Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural (ACIDI)	44
IV. Definição da Metodologia.....	48
A. Objectivos do estudo	48
B. Selecção das Variáveis	50
C. Curvas e Índices de Concentração	52
V. Resultados	55
A. Caracterização socioeconómica da população portuguesa e imigrante.....	55
B. As variáveis da saúde, necessidades e utilização	61
C. O rendimento enquanto factor de desigualdades no acesso aos cuidados de saúde – População Portuguesa e Imigrante.....	69
VI. Discussão e Conclusão	74
VII. Bibliografia	79

Lista de Quadros

Quadro I – Estudos seleccionados sobre desigualdades em saúde.....	20
Quadro II – Estudos seleccionados sobre desigualdades no acesso/utilização dos cuidados de saúde.....	26
Quadro III – Grupos populacionais residentes em Portugal com naturalidade estrangeira.....	56
Quadro IV – Características da população portuguesa e imigrante (sem filtro de idade).....	59
Quadro V - Características da população portuguesa e imigrante (com filtro de idade > 20 anos).....	60
Quadro VI – Variáveis de necessidade em saúde (população com mais de 20 anos)	64
Quadro VII - Variáveis de necessidade em saúde, por sexo e por grupo etário	65
Quadro VIII – Variáveis de utilização dos cuidados de saúde, por grupo etário e sexo – População Portuguesa e Imigrante.....	68
Quadro IX – Necessidades em saúde das populações portuguesa e imigrante	72
Quadro X – Resumo dos índices de Concentração da Doença, Utilização e Equidade	72

Lista de Gráficos

Gráfico I – Curvas de concentração.....	53
Gráfico II – Grupos populacionais com Naturalidade Estrangeira	55
Gráfico III – Curva de concentração do rendimento – população portuguesa e imigrante.....	69
Gráfico IV – Índices de equidade por indicador – população portuguesa e imigrante.....	73

I. Introdução

Há muito que a equidade tem sido considerada um importante objectivo no sector da saúde (World Bank Institute, 2008). Segundo Pereira, a equidade é dos objectivos mais importantes seguidos pelos sistemas de saúde modernos e significa, no sentido mais lato, a distribuição justa de determinado atributo populacional (Pereira, 2004). Também Cristina Quevedo (Quevedo e Rubio, 2009) refere que a redução das desigualdades em saúde é um dos principais objectivos de qualquer sistema de saúde.

A Constituição da Organização Mundial de Saúde de 1946 definiu que “os mais elevados padrões de saúde devem estar ao alcance de todos sem distinção de raça, religião, orientação política, económica ou condição social”. Desta forma, para que exista realmente equidade em saúde, todos idealmente poderão obter o seu potencial máximo de saúde, não deixando ninguém em desvantagem devido à sua posição social ou outra circunstância determinada socialmente. Ou seja, o conceito de equidade em saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) implica a justa distribuição dos recursos necessários para a saúde, o justo acesso às oportunidades disponíveis, e a igualdade de apoio oferecido às pessoas quando se encontram doentes (World Health Organization, 2006).

Mas, como referido por Pereira, a equidade em saúde pode ter diferentes abordagens, tais como, a equidade nos determinantes de saúde, a equidade no acesso aos cuidados de saúde, igualdade de tratamento para necessidades iguais, igualdade de níveis de saúde, máximin de Rawls, igualdade de capacidades básicas, distribuição de acordo com a capacidade de pagar, prestação de um mínimo básico, entre outros (Pereira, 2004).

O acesso não equitativo aos serviços de saúde de acordo com as necessidades em saúde é um dos factores que mais fortemente influenciam as desigualdades em saúde. Os diversos estudos realizados na Europa e nos Estados Unidos da América têm, de facto, demonstrado a existência de desigualdades em saúde, acesso desadequado às necessidades em saúde de alguns grupos populacionais, ou seja, desigualdades consideradas injustas no acesso aos cuidados de saúde. Em regra, tem-se demonstrado que os grupos mais desfavorecidos têm um mais fraco acesso aos serviços de saúde (Whitehead e Dahlgren, 2006).

Pelo contrário, a iniquidade é, de acordo com a OMS, a existência de diferenças desnecessárias e evitáveis entre grupos de população, sejam estes grupos definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente. O termo iniquidade em saúde, além de significar iniquidade nos determinantes de saúde e no acesso aos recursos necessários para melhorar e manter os resultados em saúde é, também, significado que a justiça social e a política de defesa dos direitos humanos não têm desempenhado um papel correctivo das desigualdades sistemáticas em saúde. Por isso, os Estados deverão ter como objectivo das suas políticas de saúde a redução destas desigualdades, uma vez que a saúde é um dos direitos humanos fundamentais (World Health Organization, 2006).

De acordo com a OMS, as iniquidades em saúde são sistemáticas, socialmente produzidas e injustas. Os grupos que mais enfrentam a experiência das iniquidades em saúde são normalmente populações pobres ou marginalizadas, minorias étnicas, imigrantes e mulheres. Todos estes grupos têm uma característica em comum – ausência ou fraco poder político, social ou económico. Em todos os países europeus, os grupos mais desfavorecidos têm pior saúde e maiores níveis de mortalidade. Por isso a OMS defende, neste campo, intervenções efectivas e sustentáveis, que vão além do objectivo de suprir as iniquidades. As intervenções devem actuar na legislação, na economia e nas relações sociais de cada país, favorecendo o *empowerment* dos grupos mais atingidos pelas iniquidades em saúde (World Health Organization, 2006).

A abordagem da OMS do conceito de equidade em saúde assenta nos princípios de justiça e de direitos humanos, enaltecendo que o Direito à Saúde é um dos direitos fundamentais definidos pela OMS desde 1946. Por isso, a existência de diferenças sociais em saúde e nos seus determinantes vai contra os valores internacionalmente aceites de justiça. Consequentemente, é muito importante que as sociedades se organizem para que os seus recursos em saúde sejam distribuídos de forma equitativa, possibilitando a todos o seu acesso (World Health Organization, 2006).

Segundo a OMS, não existem razões biológicas para a existência de desigualdades em saúde e é evidente que, mesmo as diferenças sistemáticas nos estilos de vida entre os diversos grupos socioeconómicos são

principalmente derivadas de factores culturais ou sociais. Em síntese, as desigualdades em saúde são directa ou indirectamente determinadas por factores sociais, económicos e ambientais que influenciam os estilos de vida (World Health Organization, 2006).

Apesar de a OMS referir que não existem, de facto, razões biológicas para a existência de desigualdades em saúde, diversos estudos comprovam que as desigualdades em saúde são uma realidade tanto nos EUA como na Europa (Ronellenfitsh e Razum, 2004; Siriwardena, 2004; Buka, 2002; Oliver, 2008; Cooper, 2002; Bos, 2004; Kreiger, 2005; Saffron e Nazroo, 2002; Stronks e Reijneveld, 2002; Stewart e Silverstein, 2002).

Desta forma, o estudo da equidade em saúde assume grande importância. Os estudos sobre a equidade poderão ser importantes ferramentas de apoio à decisão dos Estados nesta matéria.

Em Portugal, a investigação sobre equidade em saúde ainda é escassa, nomeadamente sobre a equidade em saúde entre as populações estrangeiras a residir em Portugal. Existem, de facto, alguns estudos sobre imigração e saúde, mas poucos utilizaram o Inquérito Nacional de Saúde como base de trabalho. Da pesquisa efectuada a estudos portugueses, apenas se encontrou o Relatório de Julho de 2008 elaborado pelo Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INS) com o título “A Saúde dos Imigrantes, Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006”.

Como já referido acima, e de acordo com a OMS, os grupos que mais enfrentam a experiência das iniquidades em saúde são normalmente populações pobres ou marginalizadas, minorias étnicas, imigrantes e mulheres. Assim, este estudo tem como objectivo analisar as necessidades em saúde e a utilização de cuidados de saúde das populações portuguesa e imigrante com base no IV Inquérito Nacional de Saúde (INS) realizado em Portugal. Diversos estudos comprovam que, entre a população portuguesa, estas desigualdades existem, ou seja, que a variável rendimento ou a variável educação estão na origem de desigualdades em saúde (Pereira, 1995; Simões, Paquete e Araújo, 2006). Será que entre a população imigrante existem também estas desigualdades com base no rendimento?

Em síntese, este trabalho pretende ser uma análise comparativa das necessidades em saúde da população portuguesa e das necessidades da

população imigrante. Em segundo lugar, analisa-se a utilização dos cuidados de saúde e, por último, verificar em que medida poderá o rendimento estar na origem de desigualdades em saúde entre ambas as populações.

Desta forma, no capítulo II deste trabalho exploram-se os principais conceitos utilizados – equidade em saúde, desigualdades em saúde e desigualdades no acesso aos cuidados de saúde e descrevem-se alguns estudos encontrados sobre esta temática. O capítulo III está totalmente dedicado à realidade portuguesa, envolvendo uma breve resenha histórica da imigração em Portugal, o enquadramento legal da imigração e da saúde e um levantamento da investigação sobre imigração em saúde em Portugal.

No capítulo IV, descreve-se a metodologia utilizada neste trabalho, a amostra e as variáveis seleccionadas. No capítulo V apresentam-se os resultados e no capítulo VI apresenta-se a discussão dos resultados encontrados.

II. Enquadramento teórico e exploração de conceitos

Neste primeiro capítulo serão definidos os conceitos a utilizar ao longo do trabalho: equidade em saúde, equidade no acesso aos cuidados de saúde, iniquidade e desigualdade.

Equidade não é necessariamente equivalente a igualdade, embora os dois termos sejam, por vezes, usados como sinónimos (Pereira, 2004). Por outro lado, a OMS, na publicação de 2006 dedicada ao estudo dos conceitos e princípios para combater as desigualdades sociais em saúde, trata o conceito de desigualdade como sinónimo do conceito de iniquidade (World Health Organization, 2006) quando sistematicamente associada a características sociais.

Os conceitos “iniquidade” e “desigualdade” têm sido usados com a mesma conotação: diferenças em saúde que são consideradas injustas e incompreensíveis à luz dos direitos humanos fundamentais. Neste trabalho, e à semelhança da abordagem da OMS, os conceitos iniquidade e desigualdade, serão abordados como sinónimos.

É também importante distinguir entre equidade em saúde e equidade no acesso aos cuidados de saúde, uma vez que estes conceitos, embora distintos, podem levantar dúvidas.

Assim, como já referido em cima, a equidade em saúde implica que todos os seres humanos possam obter o seu potencial máximo de saúde. De uma forma simplificada, para se atingir a plena equidade em saúde, terão que se eliminar todas as diferenças sistemáticas nos estados de saúde das populações de todos os grupos socioeconómicos.

A equidade no acesso aos cuidados de saúde passa por fazer coincidir a oferta dos serviços de saúde com o nível de necessidades das populações. Este processo pode, por vezes, provocar discriminação positiva no acesso aos cuidados de saúde, favorecendo grupos mais necessitados de cuidados de saúde, que são em regra os grupos socioeconómicos mais baixos.

Será importante fazer uma referência à teoria de Tudor Hart (“Inverse Care Law”) em que o autor afirmava que o acesso aos cuidados de saúde de qualidade variava de forma inversa às necessidades das populações (Hart, 1971), uma vez que as populações mais pobres eram as que tinham maiores

necessidades em saúde e também cuidados de saúde de menor qualidade. Apesar de remontar a 1971, esta abordagem ainda se verifica em muitos dos países europeus conforme comprovam os estudos que serão abordados nos parágrafos seguintes.

A. Determinantes de saúde versus determinantes das desigualdades em saúde

Conhecer e compreender as desigualdades em saúde, implica o conhecimento dos determinantes de saúde e dos determinantes destas desigualdades.

A OMS (World Health Organization, 2006) define que os determinantes da saúde são todos os factores que afectam positiva ou negativamente a saúde dos indivíduos e da comunidade. Segundo a OMS, os determinantes da saúde das populações são os factores individuais (a idade, o sexo e os factores biológicos), as redes sociais e comunitárias e as condições socioeconómicas, culturais e ambientais (alimentação, educação, ambiente de trabalho, situação de emprego/desemprego, condições sanitárias, habitação e cuidados/serviços de saúde).

Os factores individuais podem explicar o hábito do tabaco e do álcool e a prática de exercício físico, por exemplo. Por outro lado, segundo a OMS a capacidade de um indivíduo para manter a sua saúde é muito influenciada pelas condições de vida e de trabalho, alimentação, acesso a bens e serviços.

Os determinantes das desigualdades em saúde são determinantes mais relacionados com os estilos de vida que aumentam ou diminuem as iniquidades em saúde. Estes determinantes podem ser influenciados pela política, pelo mercado e pelas escolhas individuais.

A posição social é um importante determinante das desigualdades em saúde. Os grupos melhor colocados quer a nível de educação, profissão ou economicamente tendem a ter melhores oportunidades de atingir uma vida saudável do que os grupos menos privilegiados. Por outro lado, a posição social tem ganho maior atenção dos estudiosos devido ao facto de provocar um grande impacto psicológico nos indivíduos.

Outro determinante importante das desigualdades em saúde considerado pela OMS é o grau de exposição aos factores de risco. Em regra, os indivíduos com

melhor acesso aos cuidados de saúde têm melhores oportunidades de evitar os riscos, doenças e consequências negativas. Ou seja, a exposição aos factores de risco varia inversamente em relação à posição social (World Health Organization, 2006).

Por outro lado, também quando o nível de exposição aos factores de risco é o mesmo entre os diversos grupos socioeconómicos, os grupos mais desfavorecidos tendem a ter maior dificuldade em superar as consequências negativas destes factores de risco.

Outro determinante considerado pela OMS são os efeitos do percurso de vida do indivíduo, tais como a pobreza na infância, a má nutrição, as condições de trabalho, a qualidade da educação, entre outras. De acordo com a OMS, os efeitos cumulativos das condições de vida são a melhor explicação para as variações observadas na saúde e na esperança média de vida (World Health Organization, 2006).

Um quinto potencial factor de desigualdades em saúde envolve as diferentes consequências sociais e económicas do estado de doença. Estar doente provoca desemprego, perdas percentuais de vencimento, isolamento ou exclusão social, entre outras. Estas consequências tornam-se sempre mais gravosas nos grupos socialmente desfavorecidos. Os riscos de stress económico e de doenças relacionadas com a pobreza aumentam entre os grupos socioeconómicos mais baixos e especialmente nos países que apresentam maiores dificuldades financeiras.

B. Os Estudos sobre as desigualdades em Saúde

Neste trabalho optou-se por uma selecção não sistemática e subjectiva dos estudos que envolveu os seguintes critérios: as variáveis seleccionadas, a metodologia usada, o facto de terem sido publicados em revistas científicas reconhecidas na área da saúde e o facto de estarem alinhados com os objectivos do presente estudo. Não se ignora, contudo, que na literatura científica internacional existirão outros estudos de qualidade que abordam a temática das desigualdades em saúde entre as populações imigrantes.

Entre os vários autores e estudos analisados poder-se-ão definir à partida, duas correntes de estudo sobre desigualdades em saúde e no acesso a cuidados de saúde: a corrente norte-americana e a corrente inglesa (europeia). A abordagem norte-americana revela-se muito baseada nos elementos raciais, definindo grupos pela sua raça ou cor de pele. Esta abordagem tem deixado para segundo plano as desigualdades socioeconómicas e tem centrado a justificação das iniquidades em saúde na raça ou na etnia (qualidade de membro de minoria étnica ou de membro de raça diferente da raça branca) (Regidor et al., 2009; Ku e Sheetal, 2001).

A outra corrente que é possível identificar é a corrente europeia, onde sobressaíram desde muito cedo, os estudos ingleses. Destaca-se a publicação do governo inglês, em 1980, “The Black Report”. Na corrente inglesa ou mesmo europeia, tem-se avaliado sobretudo o nível de saúde dos cidadãos imigrantes com base em variáveis socioeconómicas, como a pobreza, as condições de trabalho, a educação, a profissão, entre outras.

O “Black Report” relatou as fortes desigualdades socioeconómicas existentes que afectavam fortemente a saúde dos mais desfavorecidos economicamente, com fortes consequências ao nível da mortalidade. Os autores ingleses começam também, a pouco e pouco, a explorar o factor racismo associado ao stress psicológico e visto como condicionante negativa na saúde dos imigrantes, mas não têm dedicado a sua análise à raça propriamente dita (Karlsen e Nazroo, 2002; Cooper, 2002). Os temas mais comuns são: diferenças absolutas em saúde, diferenças em saúde por género, diferenças em saúde por etnia, diferenças geográficas em saúde, entre outras.

Stephen Buka cita no seu estudo as conclusões de Whitehall e Marmot que, em 1988 demonstraram a relação entre as condições socioeconómicas e as desigualdades em saúde. Buka, estudou, em 2002, as desigualdades no estado de saúde e no consumo de drogas nos Estados Unidos, usando a etnia e os factores socioeconómicos como variáveis e concluiu que, após a sua revisão de literatura, uma série de estudos demonstram evidência de que em quase todas as sociedades as pessoas com maior posição social vivem mais e com melhor saúde do que as pessoas com menor estatuto social (Buka, 2002). Este autor concluiu, também, que estas desigualdades se mantêm porque as

peessoas com maiores níveis socioeconómicos têm um maior leque de recursos como dinheiro, conhecimento, prestígio, poder, relações sociais.

As populações estudadas por Buka (afro-americanos brancos, americanos-indianos, asiáticos e hispano-americanos) revelaram desigualdades nas taxas de mortalidade por acidente cardiovascular (que aumentavam assim que diminuía o rendimento das famílias) e desigualdades em saúde também por etnia, género e idade. No entanto, para o autor, não é possível associar estas desigualdades aos factores genéticos.

King e Williams, citados por Buka (Buka, 2002), desenvolveram um modelo conceptual que considera factores socioeconómicos, biológicos e outros que podem contribuir para as desigualdades nos resultados em saúde entre os vários grupos. Este modelo define que a raça é o proxy para os factores biológicos, culturais, socioeconómicos e sociopolíticos, assim como o racismo. Para Buka, as três principais explicações para as desigualdades em saúde entre diferentes grupos étnicos e raciais são as diferenças socioeconómicas, o racismo e a segregação. Para Buka, a investigação também terá que dar lugar aos factores culturais que poderão ser determinantes.

Outro estudo a referir no âmbito das desigualdades em saúde é da autoria de Saffron Karlsen e James Nazroo (Karlsen e Nazroo, 2002). Neste estudo, efectuou-se uma análise da auto-percepção do estado de saúde com base no IV Inquérito Nacional de Saúde do Reino Unido, em combinação com indicadores de racismo e indicadores de saúde no Reino Unido, entre as populações do Caribe, Índia, Paquistão e Bangladesh e da China. Para verificar se existia associação entre o racismo, a posição social e a saúde, os autores utilizaram uma análise multivariada.

Aqui a principal conclusão foi a existência de relação estatisticamente significativa entre auto percepção do estado de saúde de nível fraco, racismo, classe social, idade e sexo. Quando separados por grupos de população, os resultados encontrados foram similares nos grupos asiáticos, mas encontraram-se variações na população chinesa e do Caribe. Para os autores, os dados significam que a percepção de ser vítima de racismo tem influência de forma determinante no estado de saúde dos imigrantes, assim como também a condição socioeconómica tem peso no estado de saúde destes grupos, nomeadamente o desemprego.

Há, na literatura científica, um considerável debate sobre a relação entre factores biológicos, genéticos e sociais para a saúde dos homens e mulheres e para os membros de minorias étnicas. Helen Cooper considerou que as variáveis etnia e género têm sido negligenciadas nos estudos comparativos de género e saúde (Cooper, 2002). A investigação inglesa mostrou uma forte base socioeconómica nas desigualdades em saúde nas minorias étnicas, contudo, o género e a etnia são factores muito importantes em saúde.

Alguns autores defendem que emergiram novas formas de desigualdade entre homens e mulheres e que a etnia pode ser um dos factores chave. Ou seja, as mulheres que pertencem a minorias étnicas, em particular, tendem a ser expostas a consequências adversas em saúde associadas à discriminação múltipla (género e etnia).

Segundo Cooper, diversos estudos confirmam que os trabalhadores de minorias étnicas estão sub-representados nos cargos de gestão, têm mais empregos temporários e profissões de trabalho intensivo, tendem a estar fora do mercado de trabalho formal e a sua taxa de desemprego é superior e de maior duração. O estudo de Cooper, publicado em 2002, investigou o estado de saúde auto-reportado de 1993 a 1996, entre grupos de minorias étnicas no Reino Unido. Foram considerados os dois géneros, e foram utilizados dados oficiais do “Health Survey for England” de 1996. As variáveis socioeconómicas analisadas foram a educação, o emprego, a posição social e o acesso aos recursos materiais. Verificaram-se os seguintes resultados: paquistaneses e bangladeshes demonstraram diferenças de género no emprego e na participação. Os indianos apresentaram baixos níveis de necessidades materiais e também não apresentavam grandes desigualdades entre homens e mulheres nem grandes diferenças de género entre os grupos de minorias étnicas. Estes resultados levaram Cooper a concluir que o uso exclusivo de medidas socioeconómicas como o emprego, a educação, a posição social, entre outros serão insuficientes para alguns grupos de mulheres e de minorias étnicas porque excluem os elementos que não trabalham ou nunca trabalharam. Os resultados mostraram que a morbilidade auto-reportada foi superior nos grupos de minorias étnicas e em ambos os sexos, com maiores níveis de desigualdade entre os Paquistaneses e os Bangladeshes. De salientar que muitas desigualdades em saúde nas minorias étnicas e entre o

género se mantiveram mesmo após o ajustamento da posição social, o que sugere que as variáveis socioeconómicas são importantes, mas não conseguem explicar totalmente as iniquidades em saúde nas minorias étnicas e no género.

Niroshan Siriwardena, em *Specific Health Issues in Ethnic Minority Groups*, afirma que os padrões de morbilidade e mortalidade nos grupos de minorias étnicas são muito mais influenciados por factores socioeconómicos e ambientais do que por factores genéticos (Siriwardena, 2004). Além disso, este autor argumenta que as desvantagens socioeconómicas são acentuadas pela discriminação racial, pelas barreiras linguísticas e culturais que também afectam o acesso aos cuidados de saúde.

Ulrich Ronellenfitsh e Oliver Razum analisaram os níveis de satisfação em saúde da população imigrante na Alemanha proveniente dos países da Europa de Leste em dois momentos diferentes: 1995 e 2000, comparando-a com os níveis de satisfação dos Alemães (Ronellenfitsh e Razum, 2004). Os autores testaram três hipóteses diferentes: a) o estado de saúde dos imigrantes à chegada ao país de destino é sempre inferior ao estado de saúde dos cidadãos naturais desse país, b) como minoria no país de destino, as condições socioeconómicas dos imigrantes de leste na Alemanha são inferiores às dos cidadãos alemães e c) o estado de saúde dos imigrantes pode deteriorar-se rapidamente nos anos que se seguem após a imigração. O objectivo deste estudo foi testar as três hipóteses longitudinalmente acompanhando as alterações do estatuto socioeconómico e do estado de saúde dos imigrantes da Europa de Leste, comparando os resultados destas variáveis com os resultados dos cidadãos alemães. Para testar a hipótese a) e a hipótese c) foi usada informação sobre a auto-percepção do estado de saúde. Para a hipótese b) foi considerado o estatuto socioeconómico tendo em conta os seguintes indicadores: rendimento, habitação, dependência da protecção social do estado e desemprego.

A grande conclusão do estudo de Ulrich Ronellenfitsh e Oliver Razum foi que a auto-percepção do estado de saúde dos imigrantes da Europa de Leste se deteriorou numa escala muito superior à dos restantes cidadãos de naturalidade alemã, apesar de ter existido alguma melhoria nos indicadores socioeconómicos analisados. O modelo de regressão linear utilizado pelos

autores demonstrou que, após um ajustamento multivariado, o decréscimo na satisfação com a saúde entre os imigrantes esteve mais relacionado, não com o estatuto socioeconómico, mas sim com a condição de ser imigrante. Para os autores, os factores de risco como a elevada prevalência do consumo do tabaco, hipertensão, baixo consumo de frutos e vegetais e consumo de álcool também poderão explicar as iniquidades encontradas. Mas apresentam uma explicação alternativa que é o facto de esta poder estar relacionada com a condição de “imigrante” associada a factores, como o stress psicológico, a discriminação ou a falta de redes informais de apoio. Os autores encontraram também evidências de efeitos de selecção entre a população mais jovem, uma vez que os imigrantes jovens apresentavam, à chegada melhores níveis de estado de saúde do que os próprios alemães. A este fenómeno a literatura tem chamado de “Healthy Migrant Effect”, efeito de selecção na altura da imigração que exclui os mais pobres e menos saudáveis da imigração.

Os autores consideraram que a rápida deterioração do estado de saúde dos imigrantes da Europa de Leste a residir na Alemanha deve ser alvo de especial atenção da política de saúde pública alemã.

Vivian Bos comparou os registos de mortalidade na Holanda, entre as populações imigrantes com origem na Turquia, Suriname, Marrocos e Antilhas Holandesas (BOS, Vivian et al., 2004). Com o estudo desenvolvido, os autores concluíram que os factores que influenciam mais a mortalidade dos imigrantes na Holanda são os factores socioeconómicos, com alguma relevância também para o estado civil. As causas de morte mais frequentemente encontradas foram as doenças cardiovasculares e o homicídio. Os grupos com mortalidade mais elevada são os imigrantes do sexo masculino oriundos da Turquia, do Suriname e das Antilhas Holandesas. Entre as mulheres, as desigualdades na mortalidade revelaram-se baixas. Uma das dificuldades assumida pelos autores foi o facto de não terem ao seu dispor informação suficiente para distinguir as diferentes etnias nos grupos de imigrantes definidos pelo país de origem. Ou seja, se fosse possível traduzir os grupos em etnias, subdividindo-os, muito provavelmente os resultados seriam mais fiáveis.

Os grupos de imigrantes com piores resultados encontrados na mortalidade quando comparada com a mortalidade dos holandeses foram os imigrantes da

Turquia e os das Antilhas Holandesas (estes últimos devido, especialmente a casos de homicídio e de infecções).

Em 2004, um estudo de Marie DesMeules (DesMeules et. al., 2004) revelou resultados diferentes no Canadá, dando razões à teoria da imigrante saudável ("healthy immigrant effect") suportada por outros autores da literatura internacional. Este estudo apurou que a mortalidade entre os imigrantes canadianos é baixa quando comparada com a mortalidade da restante população. As variáveis estudadas foram os padrões da mortalidade, a incidência de cancro, internamentos, uso de medicação prescrita e factores sócio-demográficos. Este estudo foi realizado com dados de 1985 a 2002 e debruçou-se sobre os níveis de saúde e os níveis de utilização dos cuidados. Os dados de saúde sugeriram, desde logo, que a saúde dos imigrantes recém-chegados era melhor do que a saúde dos Canadianos (incidência de cancro, mortalidade), excepto no indicador das doenças infecciosas. Quanto à utilização de cuidados, os autores verificaram que os imigrantes, de facto, utilizam menos cuidados de saúde mas destacam que, com o passar dos anos, os imigrantes que chegaram saudáveis ao Canadá começam a revelar deterioração do seu estado de saúde (Wen SW et. al., 1996; Chen et. al., 1996; citados por DesMeules et. al.), conclusões semelhantes às de Ulrich Ronellenfitsh e Oliver Razum. No futuro, os autores esperam ver mais detalhada a análise por grupos de população e o reflexo da variável condição imigrante.

Nancy Krieger et. al. levaram a cabo outro tipo de estudo. Enfrentando a ausência de informação oficial relevante sobre a condição económica e social nos Estados Unidos, estudaram as populações imigrantes em Massachusetts e Rhode Island com base nos seguintes critérios: para a determinação dos critérios raça, género e idade usaram os dados dos Censos de 1990; para os indicadores de saúde foram usados dados das entidades oficiais de saúde pública associados de forma geográfica. Os autores concluíram que as desigualdades socioeconómicas em saúde deveriam ser monitorizadas periodicamente. Os resultados demonstraram que a posição socioeconómica tem um forte impacto nos resultados em saúde quer entre o sexo feminino quer entre o sexo masculino em todos os grupos étnicos. Isto significa para os

autores, que as desigualdades socioeconómicas contribuem para as desigualdades em saúde nas minorias étnicas (Krieger, 2005).

O estudo de Cristina Quevedo e Dolores Rubio (Quevedo e Rubio, 2009) relata as desigualdades socioeconómicas em saúde entre a população espanhola e estrangeira em Espanha através da ferramenta oficial que é o Inquérito Nacional de Saúde Espanhol. O estudo foi desenvolvido em Espanha com os dados de dois Inquéritos Nacionais de Saúde deste país realizados em 2003 e 2006. O critério para a definição da população imigrante, neste estudo, foi o da nacionalidade diferente de espanhola, uma vez que não existia informação quanto ao local de nascimento no inquérito de 2003. O objectivo foi quantificar as desigualdades em saúde para as duas populações e estabelecer uma análise comparativa. Para isso, as autoras seleccionaram a variável rendimento, o estado de saúde auto-reportado, a actividade limitada nas 2 semanas anteriores e os problemas de saúde mental diagnosticados. A metodologia usada baseou-se no cálculo dos Índices de Concentração, sendo que para os indicadores binários foi utilizado o índice de concentração corrigido de Erreygers. Os resultados encontrados pelas autoras revelaram desigualdades socioeconómicas a favor das populações de rendimento mais elevado em todas as variáveis de saúde consideradas. Contudo, estas desigualdades demonstraram-se superiores entre a população espanhola do que entre os grupos de imigrantes. No ano de 2003, os imigrantes apresentaram mesmo melhores níveis de saúde, menos limitações na sua actividade e menos problemas de saúde mental. Também será importante explicar que o rendimento e o nível de educação se verificaram superiores, assim como maior número de imigrantes com ocupação laboral. As autoras justificaram estes resultados com base na elevada proporção de imigrantes jovens e por isso as medidas de saúde foram ajustadas por sexo e idade, não tendo este ajustamento alterado os resultados. Em 2006 verificou-se um aumento das desigualdades entre a população imigrante, mantendo-se, contudo, um maior nível de desigualdades entre a população espanhola.

As conclusões retiradas por Cristina Quevedo e Dolores Rubio referem que as variáveis socioeconómicas são muito importantes na explicação das desigualdades em saúde em Espanha, tanto para a população espanhola, como para a população imigrante. Ainda assim, as autoras destacam que o

estudo baseado no inquérito nacional de saúde pode revelar fragilidades, tais como, a possibilidade de não representar de forma fiel o conjunto de população imigrante que reside em Espanha, sobretudo porque os rendimentos elevados se mostraram mais concentrados na população imigrante do que na população espanhola. Além disso, a amostra de população imigrante do inquérito nacional espanhol de 2003 era bastante reduzida.

Em síntese, nos estudos seleccionados sobre as desigualdades em saúde foram avaliadas diversas variáveis de saúde, como o estado de saúde auto-reportado, o consumo de drogas, a percepção de ser vítima de racismo, a satisfação em saúde, o rendimento e outros factores sócio-económicos e, nestes estudos, os autores confirmaram a existência de desigualdades em saúde entre a população imigrante, com grande destaque para os factores sócio-económicos. Existem, contudo, outros estudos internacionais que salientam que as pessoas que decidem emigrar estão sujeitas a uma selecção positiva no que diz respeito aos seus níveis de saúde e que se denomina “healthy immigrant effect” (Garcia-Goméz e Oliva 2008; Carrasco-Garrido et. al. 2009; Buron et al., 2008; DesMeules et. al., 2004; Ronellenfitsh e Razum, 2004).

Quadro I – Estudos seleccionados sobre desigualdades em saúde

Autor(es)	País, Ano	Grupo Populacional	Principal Variável	Principal conclusão
Stephen Buka	EUA, 2002	Afroamericanos, Brancos, Americanos-Indianos, asiáticos e hispano-americanos	Estado de saúde e consumo de drogas	A condição socioeconómica é a principal causa das iniquidades existentes.
Saffron Karlsen, James Nazroo	Reino Unido, 2002	Populações do Caribe, Índia, Paquistão e Bangladesh e da China	Combinação com de indicadores de racismo e de indicadores de saúde no Reino Unido	A percepção de ser vítima de racismo tem influência de forma determinante no estado de saúde dos imigrantes, assim como também a condição socioeconómica tem peso no estado de saúde destes grupos, nomeadamente o desemprego.
Helen Cooper	Reino Unido, 2002	Paquistaneses, Bangladeshes e Indianos	Estado de saúde auto reportado	As desigualdades económicas explicam uma parte das iniquidades em saúde, mas também é muito importante considerar as minorias étnicas e o género.
Ulrich Ronellenfitsh e Oliver Razum	Alemanha, 2004	Imigrantes da Europa de Leste; Cidadãos Alemães	Estado de saúde auto reportado, satisfação em saúde	Com o passar dos anos a satisfação dos imigrantes com a sua saúde deteriorou-se.
Vivian Bos	Holanda, 2004	Turcos, Surinameses, Marroquinos e cidadãos das Antilhas Holandesas	Registos de Mortalidade	Os factores económicos influenciavam directamente os níveis de mortalidade dos imigrantes.
DesMeules Marie, Jenny Gold, Arminee Kazanjian, Doug Manuel, Jennifer Payne, Bilkis Vissandjée, Sarah McDermott, Yang Mao	Canadá, 2004	Imigrantes do Canadá	Mortalidade	A mortalidade verificada entre a população imigrante verificou-se baixa quando comparada com a população autóctone.
Nancy Krieger, Jarvis Chen, Pamela Waterman, David Rehkopf, S. Subramanian	EUA, 2005	Populações imigrantes em Massachusetts e Rhode Island	Estado de saúde auto reportado	As desigualdades socioeconómicas contribuem para as iniquidades em saúde nas minorias étnicas
Cristina Quevedo e Dolores Jiménez Rubio	Espanha, 2009	Imigrantes e cidadãos espanhóis	Rendimento; Estado de saúde auto reportado, Actividade Limitada nas 2 semanas anteriores e Problemas de saúde mental	Existem desigualdades socioeconómicas em todas as variáveis de saúde estudadas que favorecem os grupos com maiores rendimentos. Esta conclusão observou-se para cidadãos imigrantes e cidadãos espanhóis. Entre a população imigrante houve, contudo, um aumento das desigualdades de 2003 para 2006.

C. Os Estudos sobre as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde

Neste subcapítulo são descritos alguns estudos sobre a utilização de cuidados de saúde pelas populações imigrantes.

Um estudo de Leighton Ku e Sheetal Matani sobre o acesso aos cuidados de saúde pela população imigrante e os seus descendentes nos Estados Unidos salientou que a maioria destes não tinha qualquer seguro de saúde e tinha grandes dificuldades de acesso a cuidados de saúde de ambulatório (consultas médicas ou de enfermagem, urgências) e, mesmo quando tinha acesso a este tipo de cuidados, estes não eram prestados ao nível dos cuidados prestados com os cidadãos norte-americanos. Estas disparidades no acesso foram justificadas por dois factores: a ausência de seguro de saúde e as barreiras que os imigrantes enfrentam no acesso aos cuidados (Ku e Matani, 2001). Os autores verificaram que os cidadãos americanos sem seguro de saúde receberam mais cuidados de saúde do que os imigrantes sem seguro, apesar de esta população não assegurada e com dificuldades económicas estar coberta pelo Medicaid que permite que seja prestada assistência médica a imigrantes indocumentados. As barreiras identificadas pelos autores tratam-se essencialmente de barreiras linguísticas que dificultam o acesso aos serviços, o diagnóstico adequado, entre outros.

K. Stronks, A. Ravelli e S. Reijneveld, em 2002, analisaram a utilização dos cuidados de saúde na Holanda com a finalidade de apurar se existe ou não equidade nesta utilização por parte das populações imigrantes e se, a existir iniquidade, estará esta relacionada com factores socioeconómicos (Stronks et. al. 2002). A população seleccionada situou-se entre os 16 e os 64 anos e a recolha dos dados sobre utilização dos cuidados esteve ligada aos registos do seguro público de saúde. A amostra totalizou 2012 cidadãos imigrantes. As variáveis de utilização de cuidados de saúde utilizadas foram: consultas de medicina geral, prescrição de medicação, consultas da especialidade, internamento hospitalar, fisioterapia e paramédicos. A variável do estado de saúde auto-reportado teve como fonte o inquérito nacional de saúde Holandês de 1993. Foi seleccionada para o estudo a população imigrante mais representada na Holanda e proveniente do Suriname, Antilhas Holandesas, Turquia e Marrocos.

Os principais resultados do estudo revelaram que existem, de facto, iniquidades na utilização dos cuidados de saúde pelos imigrantes. Verificou-se, contudo, que o consumo de medicação prescrita era muito elevado entre os surinameses, turcos e marroquinos, quando comparada com a população nacional. Os Turcos e Marroquinos consomem poucos cuidados de saúde especializados, tendo em conta as suas necessidades em saúde e a população das Antilhas Holandesas consome muitos cuidados hospitalares comparativamente aos holandeses.

Para os autores, os factores socioeconómicos explicam a utilização elevada de cuidados de medicina geral e a elevada prescrição de medicação, mas não explicam a reduzida utilização de cuidados de saúde especializados. Em síntese, a evidência empírica do estudo demonstrou que, na Holanda, os imigrantes turcos, marroquinos e das Antilhas Holandesas utilizam menos cuidados de saúde especializados do que a restante população holandesa. Como já referido, os autores consideram que as condições socioeconómicas apenas explicam parte desta reduzida utilização de cuidados de saúde especializados, sugerindo que a etnia ou o contexto étnico pode ser uma das explicações para o reduzido padrão de consumo dos cuidados especializados (acesso aos cuidados de saúde limitados). Por este motivo, os autores reconhecem que na Holanda ainda não se atingiu o ideal de equidade no acesso aos cuidados de saúde. Esperam, no entanto, que a integração da população aumente com o tempo, nomeadamente das segundas gerações melhorando também o nível de acesso aos cuidados de saúde.

O relatório do instituto norte-americano - Institute of Medicine -, citado por Daniel Stryer et al. (Stryer et.al. 2002) "*Un-equal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Healthcare*", demonstrou que há elevada iniquidade no acesso aos cuidados de saúde por parte das minorias étnicas nos Estados Unidos, mesmo quando a sua condição sócio-económica é idêntica à da restante comunidade norte-americana (exemplo: possuir igualmente seguro de saúde). Este relatório demonstrou que os afro-americanos e os hispânicos tendem a receber cuidados de saúde de menor qualidade em diversas áreas da saúde (cancro, doenças cardiovasculares, VIH / SIDA, diabetes, saúde mental e outras doenças crónicas e infecciosas). Este estudo demonstrou, ainda, que os afro-americanos têm maior probabilidade de receber cuidados de

saúde menos desejados, tais como a amputação total ou parcial de um membro. Estas iniquidades foram encontradas, mesmo quando analisados aspectos clínicos, como o estadio da doença, as co-morbilidades presentes, a idade e a severidade da doença. A mortalidade entre as minorias étnicas também se mostrava superior à dos restantes cidadãos.

Scott Stewart e Marc Silverstein também avaliaram as iniquidades no acesso aos cuidados de saúde nos Estados Unidos usando as variáveis de controlo da tensão arterial (em 2 anos) e dos níveis de colesterol (durante 5 anos), entre as populações de Negros não hispânicos, Mexicanos-Americanos, outros Hispânicos, Asiáticos das Ilhas do Pacífico e brancos não hispânicos.

As conclusões deste estudo revelaram que os mexicanos-americanos não tinham a sua tensão arterial, nem os níveis de colesterol controlados, os asiáticos demonstraram baixos níveis de controlo de ambos os indicadores (embora a amostra utilizada tivesse pouca dimensão comparativamente às restantes) e os negros não hispânicos mantinham os mesmos níveis de controlo que os brancos (Stewart e Silverstein, 2002). As justificações encontradas pelos autores para estas diferenças foram o baixo nível de educação, a inexistência de seguro de saúde e, conseqüentemente, de difícil acesso aos cuidados de saúde.

Os estudos efectuados sobre a utilização de cuidados de saúde pela população imigrante em Espanha relatam desigualdades entre a população imigrante e a população espanhola (Tendero et. al., 2008; Buron et. al., 2008; Nicolás e Parreño et. al., Regidor et. al., 2009; Carrasco-Garrido et. al., 2009; Garcia-Gomez e Oliva, 2009).

O estudo de Pilar Carrasco-Garrido et. al., por exemplo, utilizou o Inquérito Nacional de Saúde Espanhol e comparou a população imigrante e espanhola adulta com mais de 16 anos. Na descrição da população imigrante, os autores revelam que esta é sobretudo uma população jovem com características sócio-demográficas muito idênticas à população espanhola, com rendimentos um pouco inferiores.

As variáveis deste inquérito estudadas foram co-morbilidades, auto-percepção do estado de saúde, estilos de vida (consumo de tabaco e álcool; prática de exercício físico); consultas médicas, consultas de saúde oral, internamentos,

urgências; serviços preventivos (mamografia e citologia vaginal); consumo de medicação e vacinação para a gripe sazonal.

Este foi um estudo que avaliou os níveis de saúde das populações e a utilização que fazem dos cuidados de saúde. Os resultados mostraram que a população imigrante apresenta valores significativamente mais baixos em patologias como o colesterol, doenças cardíacas, depressão e ansiedade, no entanto a probabilidade de sofrer de problemas gastrointestinais era muito superior à da população autóctone. Quanto aos estilos de vida a população imigrante apresentou valores menores no consumo de álcool e de tabaco. Já no que se refere à actividade física, os imigrantes praticavam menos exercício físico. Quanto ao estado de saúde auto-reportado, os imigrantes percebiam o seu estado de saúde pior do que o estado de saúde reportado pelos cidadãos espanhóis. Quanto à utilização dos cuidados de saúde, os imigrantes recorreram sobretudo às urgências e internamentos. Para a medicina preventiva, os valores verificaram-se diferentes: a população imigrante apresentou valores muito menores de vacinação contra a gripe sazonal, por exemplo. Por outro lado, no consumo de medicação não se encontraram diferenças.

Os autores atribuem estes valores na utilização dos cuidados às características do Serviço Nacional de Saúde Espanhol, uma vez que este é universal e que o único requisito para aceder aos cuidados de saúde é possuir o cartão de saúde passado pelos municípios. Outro aspecto importante é que o padrão destes imigrantes corresponde a uma população jovem com bons níveis de saúde. No entanto, os autores salientam que os dados sobre a população imigrante ainda são escassos e que, de futuro, será essencial conhecer o tempo de residência dos imigrantes no país de destino para avaliar o padrão de consumo dos cuidados de saúde e também identificar os elementos que possam constituir barreiras no acesso aos cuidados de saúde.

Outros estudos sobre saúde e imigração em Espanha revelam que a população imigrante apresenta em alguns indicadores de necessidade e utilização melhores níveis que a população espanhola (Carrasco-Garrido et. al., 2009) e atribuem este facto ao “Healthy Immigrant Effect”.

A pouco e pouco os estudos sobre a imigração e saúde assumem maior importância na literatura internacional. É, de facto, extremamente importante

para todos os países conhecer a sua realidade em saúde para que os Estados possam aplicar políticas de correcção e de estimulação de acesso aos cuidados de saúde. Contudo, importa referir que praticamente todos os autores apontaram limitações aos seus estudos, tais como: necessidade de utilização de indicadores subjectivos, como o nível de satisfação em saúde, ausência de dados relacionados com o consumo de cuidados de saúde pelas populações imigrantes, ausência de dados relacionados com estatuto socioeconómico dos imigrantes (rendimento, educação, habitação, condições sanitárias, emprego, condições de trabalho, ...); ausência de dados oficiais suficientemente discriminados sobre os hábitos das populações imigrantes, dados não suficientemente representativos para as populações em estudo, ausência de dados oficiais sobre o tempo de permanência das populações imigrantes nos países de destino, as causas da mortalidade por nacionalidade/população/idade/etnia, ausência de dados sobre o peso dos cidadãos imigrantes, ausência de dados específicos sobre a prevalência ou não de factores de risco como o consumo de tabaco, álcool e drogas, entre outros.

Quadro II - Estudos seleccionados sobre desigualdades no acesso/utilização dos cuidados de saúde

Autor(es)	País, Ano	Grupo Populacional	Principais Variáveis	Principal conclusão
K. Stronks, A. Ravelli e S. Reijneveld	Holanda, 2002	Imigrantes provenientes do Suriname, Antilhas Holandesas, Turquia e Marrocos.	Consultas de medicina geral, prescrição de medicação, consultas da especialidade, internamento hospitalar, fisioterapia e paramédicos. A variável do estado de saúde auto-reportado teve como fonte o inquérito nacional de saúde Holandês de 1993	Existem, de facto, iniquidades na utilização dos cuidados de saúde pelos imigrantes.
Scott Stewart e Marc Silverstein	EUA, 2002	Negros não hispânicos, Mexicanos-Americanos, outros Hispânicos, Asiáticos das ilhas do pacífico e brancos não hispânicos.	Variáveis de controlo da tensão arterial (em 2 anos) e dos níveis de colesterol (durante 5 anos).	Existe iniquidade no acesso aos cuidados de saúde provocada por: baixo nível de educação entre a população imigrante e a inexistência de seguro de saúde.
Pilar Carrasco-Garrido; Ángel Gil de Miguel; Valentin Hernández Barrera, Rodrigo Jiménez-Garcia	Espanha, 2006	População espanhola e imigrante >=16 anos a residir em Espanha.	Co-morbilidades, auto-percepção do estado de saúde, estilos de vida (consumo de tabaco e álcool; prática de exercício físico); consultas médicas, consultas de saúde oral, internamentos, urgências; serviços preventivos (mamografia e citologia vaginal); consumo de medicação, vacinação gripe sazonal.	Os resultados em saúde da população imigrante são muito semelhantes aos da população espanhola. Os imigrantes consomem menos álcool e tabaco do que a população espanhola e apresentam utilização idêntica em todos os indicadores excepto no internamento.
Maria Pilar Tendero, José Rincón, Isabel Romero, Isabel Más, Natália Tomás, Rafael Antón	Espanha, 2008	Imigrantes na comunidade Valenciana	Procura de cuidados especializados de Dermatologia.	A procura de cuidados de saúde da especialidade de Dermatologia foi menor na população imigrante do que na população autóctone.
Andrea Buron, Francesc Cots, Óscar Garcia, Oriol Vall e Xavier Castells	Espanha, 2008	População espanhola e imigrante adulta que recorreu ao Hospital Del Mar, Barcelona, Espanha	Episódios de urgência divididos pelas seguintes categorias: obstetrícia e ginecologia, cirurgia, traumatologia, medicina geral, psiquiatria e urgências menor.	O estudo revelou menor utilização dos cuidados de saúde pela população imigrante (cirurgia, traumatologia, medicina e psiquiatria, principalmente). Não foram encontradas diferenças na utilização de cuidados de ginecologia e de urgências. Os autores atribuem a menor utilização de cuidados ao efeito do imigrante saudável.

Sónia Dias, Milton Severo e Henrique Barros	Portugal, 2008	Imigrantes em Portugal	Utilização dos Cuidados no SNS, Tipo de utilização; Satisfação com o SNS e Barreiras na Utilização do SNS	A utilização dos cuidados de saúde pela população imigrante em Portugal está muito associada ao tempo de permanência em Portugal, ao estatuto legal e ao País de origem.
Ellen Uiters, Walter Devillé, Marleen Foets, Peter Spreeuwenberg, Peter Groenewegen	Holanda, 2009	Revisão de literatura sobre a utilização de cuidados de saúde primários pelas populações imigrantes e autóctones de diversos países.	Grupo de população bem definido; fonte de dados igual para população imigrante e nacional; resultados ajustados de potenciais factores de confundimento.	Os imigrantes não fazem uma procura exagerada dos cuidados de saúde primários e também não se excluem dos sistemas de saúde. As diferenças de utilização dos cuidados de saúde primários entre imigrantes e nacionais dependem do país em análise, contudo, destacaram-se com menor utilização pelos imigrantes os sistemas de saúde dos EUA quando comparados com a Europa e o Canadá.
Luís A Gimeno-Feliu; Javier Armesto-Gómez; Rosa Macipe-Costa e Rosa Magallón-Botaya	Espanha, 2009	Crianças espanholas e imigrantes dos 0-14 anos na região da Catalunha	Prescrição de medicação a crianças dos 0-14 anos (imigrantes e espanhóis).	A utilização de medicação prescrita é muito superior nas crianças espanholas do que nas crianças imigrantes, especialmente no que diz respeito aos broncodilatadores e medicação para a hiperactividade.
Ângel López Nicolás e José Maria Ramos Parreño	Espanha, 2009	População da Comunidade Autónoma de Múrcia e População Imigrante na Comunidade Autónoma de Múrcia.	Consultas da especialidade, Episódios de urgência e internamentos	A utilização dos serviços é muito superior entre a população autóctone. Mas entre as mulheres de 20 e 40 anos, a utilização das urgências e internamentos é superior na população imigrante.
Enrique Regidor, Belén Sanz, Cruz Pascual, Lourdes Lostao, Elisabeth Sánchez e José Manuel Dias Olalla	Espanha, 2009	População Imigrante em Espanha e população espanhola	Consultas de clínica geral, consultas da especialidade, urgências, internamento e serviços preventivos (citologia vaginal e mamografia).	A população imigrante utiliza os cuidados de saúde com menor frequência do que a população espanhola. Os cuidados de saúde onde esta diferença é menor são as consultas de clínica geral e o internamento. A diferença é maior nos cuidados de saúde especializados e na prevenção.

Pilar Carrasco-Garrido; Rodrigo Jiménez-García; Valentin Hernández Barrera; Ángel Gil de Miguel.	Espanha, 2009	População espanhola e imigrante >= 16 anos a residir em Espanha.	Co-morbilidades, auto-percepção do estado de saúde, estilos de vida (consumo de tabaco e álcool; prática de exercício físico); consultas médicas, consultas de saúde oral, internamentos, urgências; serviços preventivos (mamografia e citologia vaginal); consumo de medicação, vacinação gripe sazonal.	A população imigrante apresenta melhores resultados nos indicadores dos estilos de vida (consome menos álcool, fuma menos, mas também pratica menos exercício físico). Utiliza menos cuidados de saúde como vacinação para gripe sazonal, consultas de saúde oral e consumo de medicação. Contudo, apresenta maior utilização dos cuidados de saúde de urgência e serviços de internamento. Os autores acreditam que é essencial conhecer o tempo de residência dos imigrantes no país de destino para avaliar o padrão de consumo dos cuidados de saúde.
Pilar García-Gómez e Juan Oliva	Espanha, 2009	População espanhola e imigrante residente na Catalunha, entre os 15 e os 50 anos.	Variáveis socioeconómicas (sexo, idade, nível de educação, ocupação, rendimento e outras), estado de saúde diagnosticado, variáveis de estilos de vida, condição de ser ou não ser imigrante.	Os resultados apresentam uma pior qualidade de vida relacionada com a saúde na população imigrante em idade produtiva (especialmente em dois indicadores: dor/mal-estar e ansiedade/depressão). Contudo existem diferenças por sexo e país de origem. Para os autores o tempo de residência poderá explicar a saúde percebida pelos imigrantes.

D. Os conceitos e as variáveis que definem a população imigrante

O estudo sobre as iniquidades em saúde entre populações de diferentes origens pressupõe uma discussão dos conceitos a utilizar. Deveremos falar de raça, de etnia ou de imigrantes? Deveremos considerar como variáveis a nacionalidade ou a naturalidade? A comunidade científica internacional ainda não encontrou consenso quanto ao critério a utilizar (Burton et. al., 2008), sendo que os autores normalmente optam pela naturalidade ou, na ausência de informação sobre esta, pela nacionalidade.

Ford e Kelly (Ford et. al., 2005) discutiram o conceito de raça num artigo de 2005. Na realidade, o conceito de raça, como um indicador de distinção para grupos populacionais geneticamente diferentes tem sido muito questionado por autores citados por Ford e Kelly, como Chaturdi e McKeige, 1994; McKenney e Bennett, 1994; S  nior e Bhopal, 1994; Williams, Lavizzo-Mourey e Warren, 1994 e Beutler et al., 1996. Por isso, muitos investigadores alteraram o paradigma e começaram a definir raça como uma constru  o social e não genética ou biológica. De acordo com Beutler et al. (1996), citado por Ford e Kelly (2005), a raça enquanto constru  o biológica    uma ilusão, mas enquanto constru  o social, psicológica e sócio-política    muito real. O conceito de raça, com esta moldura de constru  o sócio-política tem sido usado para analisar e compreender as consequências das varia  es em factores como a utiliza  o dos cuidados de saúde, a qualidade dos cuidados de saúde, as condi  es sanitárias e de habita  o, a educa  o e a nutri  o. Neste sentido, Ford e Kelly, entendem o conceito como uma constru  o multidimensional com consequências sociais, comportamentais e nos factores de risco para a saúde. Kent et al. (2001), citados por Ford e Kelly, defendem que a raça   , de facto uma constru  o social influenciada por factores políticos e sociais.

Para Nazroo, os estudos baseados no conceito de raça assumem elevado destaque nos Estados Unidos onde, nas últimas décadas, se suscitou grande interesse no estudo das iniquidades em saúde de acordo com a “raça” (Nazroo, 2003).

Este autor explica que este facto talvez esteja relacionado com a falta de dados oficiais sobre a situa  o socioeconómica tendo o conceito de “raça” ocupado uma posi  o de destaque. Para Nazroo, esta    uma interpreta  o errada pois

assume, à partida, que os grupos de minorias étnicas nos Estados Unidos são uniformemente desfavorecidos, não sendo necessária a análise dos factores socioeconómicos nos estudos sobre o estado de saúde. Para Nazroo, os estudos nos Estados Unidos têm assumido muito uma dicotomia errada de comparação de brancos/negros (Nazroo, 1998). Nazroo defende que o conceito de raça não pode ser transformado em classe social. Este autor vai mesmo mais longe ao afirmar que a “raça” é um conceito sem validade científica, uma construção artificial usada para justificar a hierarquia de determinados grupos de pessoas (Nazroo, 1998). A alternativa teórica que Nazroo apresenta é o uso do conceito de “etnia/etnicidade”.

Contudo, é preciso não esquecer que a própria legislação nos Estados Unidos reconhece a existência de raças e que este talvez seja um factor importante para que a comunidade científica use este conceito nos seus estudos. A legislação norte-americana reconhece a existência de cinco raças (brancos, negros, índios americanos ou nativos do Alasca, asiáticos e nativos havaianos e outras ilhas do Pacífico) e uma categoria étnica (Latinos) (Williams et. al., 2010).

Kelly e Ford (2005) também distinguem o conceito de “etnia” do conceito de “raça”. A “etnia” mais associada a uma construção sócio-política separada da “raça”, com partilha de laços culturais, origem, características psicológicas e atitudes, linguagem, religião e tradições culturais (Sheldon e Parker, 1992, citados por Kelly e Ford). O conceito de etnia tem contudo algumas limitações para os investigadores: as fronteiras da etnia não são precisas e podem alterar-se de país para país.

Nazroo afirma que é positivo refinar o esquema de classificação de forma a permitir novas interpretações sobre a importância da cultura e da genética, uma vez que estas normalmente não são consideradas. Por exemplo, um estudo sobre o IV Inquérito Nacional de Saúde Inglês demonstrou que o grupo dos Asiáticos do Sul apresentava maior risco de sofrer acidentes cardiovasculares, mas assim que este grupo foi dividido, apurou-se que esta conclusão apenas se aplicava aos Paquistaneses e cidadãos oriundos do Bangladesh. Os indianos tinham as mesmas taxas que os Ingleses. Além disso, entre o grupo dos Indianos, verificou-se que os muçulmanos tinham taxas elevadas de

doença cardiovascular e os Hindus e os Sikhs tinham baixas taxas de doença cardiovascular.

Assim, de acordo com Nazroo, para refinar o indicador etnia, temos que analisar se o nível com que este indicador é utilizado (país de nascimento, país origem da família, auto-identificação da etnia) reflecte uma realidade construída e se os indicadores usados são apropriados à nossa análise.

Nazroo, destaca também o papel do estatuto socioeconómico para explicar as iniquidades em saúde nas minorias étnicas, mas reforça que as desigualdades socioeconómicas não incluem outras formas de desvantagem, tais como: a perspectiva de vida (há desigualdades que se perpetuam, por exemplo, os filhos de imigrantes que passam várias etapas de dificuldade poderão ter diversas privações ao longo da sua vida); viver numa sociedade racista (devido ao facto de serem discriminados, os imigrantes sabem que vivem em sociedades racistas e que são excluídos e esta percepção clara poderá ter impactos na saúde); efeitos ecológicos (os imigrantes fixam-se em locais específicos, diferentes dos locais ocupados pela maioria branca e as circunstâncias ambientais também podem influenciar a saúde).

Ainda, considerando as afirmações de Nazroo, os antecedentes étnicos poderão estar fortemente relacionados com as desigualdades em saúde e é preciso não esquecer que há grande variação das minorias étnicas na posição social. Os grupos de minorias étnicas são descritos como grupos em desvantagem e são discriminados e eles próprios se sentem e descrevem como grupos em desvantagem e discriminados. Estudar etnia também potencia a análise da relação entre estilos de vida e saúde e como estes contribuem para as desigualdades.

Para Nazroo, as desigualdades em saúde devem ser explicadas e combatidas essencialmente porque são uma consequência injusta das sociedades capitalistas. No entanto, a maior dificuldade nos estudos que pretendem analisar as desigualdades em saúde e no acesso aos cuidados de saúde, tem sido a ausência de informação importante e suficiente para ser trabalhada pelos investigadores.

Neste trabalho não será possível trabalhar o conceito de Etnia dos vários grupos estudados e também não se farão referências ao conceito de Raça. A referência aos grupos populacionais que serão estudados cingir-se-ão à

informação disponível na fonte de dados estatísticos para este estudo – o IV Inquérito Nacional de Saúde. Desta forma, o conceito utilizado para a distinção destes grupos populacionais será a naturalidade (país de nascimento), critério também utilizado por diversos autores como Buron et. al., 2008; Garcia-Gomez e Oliva, 2009; Tendero et. al., entre outros. A variável naturalidade foi também usada no estudo elaborado pelo Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP com o título “A saúde dos imigrantes – Inquérito nacional de saúde 2005-2006”. Neste estudo, os autores (Dias, Carlos et. al.) decidiram pela variável naturalidade, uma vez que o conceito de imigrante utilizado abrange todos os casos em que houve uma decisão livremente assumida de uma pessoa para se deslocar através de um determinado limite espacial, nomeadamente entre países, com o objectivo de aí fixar residência temporária ou permanente e onde adquire laços sociais significativos (Dias, Carlos et. al.).

Verificamos, então, que alguns autores, nomeadamente norte-americanos, usam principalmente a raça como elemento que diferencia as populações nos estudos das desigualdades em saúde; outros utilizam a etnia como elemento caracterizador das populações e outros, na ausência de outra informação disponível, utilizam a naturalidade ou a nacionalidade.

E. Conclusão

Apesar de se ter efectuado uma revisão bibliográfica limitada dos estudos internacionais sobre as desigualdades em saúde e sobre a utilização dos cuidados de saúde por parte da população imigrante poder-se-á concluir que, de uma maneira geral, existem desigualdades em saúde entre as populações imigrantes motivadas por diversos factores, sobretudo sócioeconómicos (educação, rendimento). Existiram contudo alguns estudos, como por exemplo o estudo de Ulrich Ronellenfitsh e Oliver Razum, que apontaram para a existência de melhores níveis de satisfação em saúde entre a população imigrante nos primeiros anos de imigração e uma deterioração destes resultados alguns anos mais tarde. Aqui, os autores encontraram um efeito de “imigrante saudável” (“healthy immigrant effect”), que decorrerá das características da população que decide imigrar: população em idade activa,

sobretudo jovem e também do tempo de aculturação que esta população levará até se enquadrar aos níveis de respostas semelhantes aos da população de origem.

Nos capítulos que se seguem aborda-se a realidade portuguesa, a evolução da imigração em Portugal, o enquadramento legal em Portugal para a imigração e saúde, a investigação sobre o tema em Portugal e as iniciativas do Estado Português nestas matérias. Só depois deste enquadramento se encontrará o estudo empírico.

III. A realidade Portuguesa

A. A Imigração em Portugal – Breve contextualização

O movimento de pessoas de um lugar para o outro é um fenómeno tão antigo como a humanidade. Tradicionalmente, a imigração foi essencialmente de cariz económico, contudo, outros motivos poderão actualmente ser invocados, como a reunificação familiar, por exemplo (Fonseca, 2005).

Durante vários séculos Portugal foi um país de emigração. No século XX e, sobretudo a partir de 1974, Portugal começou a receber imigrantes de outros países, nomeadamente dos Países de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). Nos anos 80 e após a adesão de Portugal à União Europeia, os fluxos de entrada aumentaram trazendo imigrantes do Brasil e dos outros países. Os anos 90 caracterizaram-se pelo crescimento desta população imigrante em Portugal, surgindo ainda outros fluxos migratórios oriundos dos países da Europa de Leste e dos países da Ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (Fonseca, 2009). Desta forma, Portugal passou a considerar-se um país não só de emigração, mas também de imigração (Fonseca, 2008).

Mas o que significa a palavra “imigrar”? Esta palavra tem origem no Latim e formou-se a partir da palavra *immigrare*. O Instituto Nacional de Estatística distingue entre dois conceitos: imigrante permanente e imigrante temporário. Imigrante Permanente é a “pessoa (nacional ou estrangeira) que, no período de referência, entrou no país com a intenção de aqui permanecer por um período igual ou superior a um ano, tendo residido no estrangeiro por um período contínuo igual ou superior a um ano”. O Imigrante Temporário é a “pessoa (nacional ou estrangeira) que, no período de referência, entrou no país com a intenção de aqui permanecer por um período inferior a um ano, tendo residido no estrangeiro por um período contínuo igual ou superior a um ano”.

Em 2006, de acordo com os dados do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), residiam em Portugal 420189 estrangeiros (imigrantes detentores de um título de residência), em 2007 este número aumentou para 435736 estrangeiros (aumento percentual de 3,7%) e em 2008 foram contabilizados 440277 cidadãos estrangeiros (aumento percentual relativamente a 2007 de 1,04%).

No entanto, estes dados estatísticos não contabilizam os imigrantes em situação irregular (também chamados de migrantes indocumentados).

Quanto à sua distribuição pelo território português, os grupos de imigrantes tendem a concentrar-se mais no litoral do que no interior (Lisboa, Faro, Setúbal e Porto) (Fonseca, 2009). No entanto, de acordo com vários estudos citados por Fonseca, 2009 (Fonseca e Malheiros, 2003; Baganha e Fonseca 2004; Fonseca 2008) novos padrões de distribuição começaram a surgir a partir do ano 2000 - a população imigrante começou a fixar-se também em áreas rurais e periurbanas.

B. Enquadramento Legal da Imigração e saúde em Portugal

1. Legislação sobre imigração

Na Constituição da República Portuguesa é reconhecido o princípio da igualdade entre todos os cidadãos e são garantidos aos nacionais de países estrangeiros que residem legalmente em território português, todos os direitos de cidadania (Artigos 14º e 15º da Constituição da República Portuguesa).

A Lei 134/99 de 28 de Agosto proíbe as discriminações no exercício de direitos por motivos baseados na raça, cor, nacionalidade ou origem étnica.

No que diz respeito aos direitos de voto, a Lei 50/96 de 4 de Setembro de 1997 estabelece que os nacionais de países da União Europeia, os cidadãos dos PALOP com residência há mais de dois anos e os restantes estrangeiros com residência legal há mais de três anos, podem exercer o direito de voto nas eleições locais. Além disso, os estrangeiros podem ser eleitos para os órgãos representativos das autarquias locais desde que tenham, no caso dos PALOP, quatro anos de residência legal e os restantes estrangeiros, 5 anos de residência legal em Portugal. Acresce que estes direitos (de voto e de elegibilidade) funcionam com base na reciprocidade.

Importa ainda fazer referência à lei da Nacionalidade (Lei Orgânica número 2/2006 de 17 de Abril, que alterou a Lei 37/81, de 3 de Outubro). Com a publicação desta Lei 2/2006, a atribuição da nacionalidade passou a ser feita através da nacionalidade de origem ou por aquisição (vontade própria, adopção ou naturalização).

No que diz respeito à aquisição da nacionalidade portuguesa de origem, esta é atribuída aos nascidos no território português, filhos de estrangeiros (se pelo menos um dos pais tiver nascido em Portugal e residir em Portugal) e aos nascidos em território português, filhos de estrangeiros que não se encontrem ao serviço do respectivo Estado, que declaram querer ser portugueses, desde que, no momento do nascimento, um dos pais aqui resida há, pelo menos, 5 anos.

Os emigrantes portugueses de segunda geração passaram, também, a poder adquirir a nacionalidade desde que comprovem que têm um ascendente em 2.º grau com nacionalidade portuguesa (DL 237A/2006 de 114 de Dezembro).

Foi ainda introduzido, para efeitos de atribuição ou aquisição da nacionalidade, o conceito de residência legal no território português que poderá ser comprovado através de título ou visto válido (autorização de residência, autorização de permanência, visto de trabalho, visto de estudo, visto de estada temporária e extensão da autorização de permanência), desde que fique preenchido o tempo de residência necessário (Fonseca, 2009).

A aquisição da nacionalidade portuguesa não implica a perda da nacionalidade de origem, excepto nos casos em que a lei do país de origem assim o determine.

Para o processo de naturalização do estrangeiro residente legal em Portugal, passaram a ser exigidos seis anos de residência.

Por último, passaram a ter direito subjectivo à naturalização os menores nascidos no território português, filhos de estrangeiros se, aquando do pedido, um dos pais aqui residir legalmente há cinco anos, independentemente do título, ou se o menor tiver concluído em Portugal o primeiro ciclo do ensino básico.

Em qualquer um dos casos, são exigidos conhecimentos de língua portuguesa e os requerentes não podem ter sido julgados e condenados a pena igual ou superior a três anos.

Em 2007 foi também publicada a nova Lei da Imigração (Lei 23/2007 de 4 de Julho) que aprova o regime jurídico de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional. Esta lei foi regulamentada pelo Decreto Regulamentar número 84/2007 de 5 de Novembro.

As novidades da Lei 23/2007 foram a introdução de um título único que permite a entrada em Portugal para a fixação de residência, o regime específico da imigração temporária, a simplificação do sistema de admissão de cientistas, docentes universitários e estrangeiros altamente qualificados, o regime especial de concessão de autorização de residência a vítimas de tráfico de pessoas e de auxílio à imigração ilegal. Além disso, simplificaram-se os requisitos para o reagrupamento familiar e criou-se um regime excepcional de obtenção de autorização de residência para emigrantes que evidenciem fortes vínculos com o país (exemplo: menores que nasceram e sempre residiram em Portugal e se encontrem a frequentar o ensino pré-escolar, básico, secundário ou profissional e adultos naturais de Portugal que não se tenham ausentado ou que residam em Portugal desde idade inferior a 10 anos).

No que se refere à discriminação, existe em Portugal diversa legislação que aborda o assunto: Constituição da República Portuguesa, Lei 134/99 de 28 de Agosto e Decreto-lei 111/2000 de 4 de Julho que regulamente a Lei 134/99. A Lei 134/99 proíbe as discriminações no exercício de direitos por motivos baseados na raça, cor, nacionalidade ou origem étnica, sanciona a prática de actos que violem quaisquer direitos fundamentais, ou condicionem e recusem o exercício de quaisquer direitos económicos sociais ou culturais por quaisquer pessoas em razão da sua pertença a determinada raça, cor, nacionalidade ou origem étnica.

Em 2004, foram transpostas para a legislação nacional as directivas da União Europeia número 2000/43/CE e 2000/78/CE. A primeira transposição surgiu com a publicação da Lei 18/2004 de 11 de Maio que aplica o princípio da igualdade de tratamento entre as pessoas, sem distinção de origem racial ou étnica, e tem por objectivo estabelecer um quadro jurídico para o combate à discriminação baseada em motivos de origem racial ou étnica. Quanto à directiva 2000/78/CE de 27 de Novembro que define a igualdade de tratamento no emprego e na actividade profissional, esta foi aplicada através do Código do Trabalho e da Lei 35/2004 de 29 de Julho, uma vez que estas normas unificaram a proibição geral da discriminação nesta área.

2. A população imigrante e o Direito à Saúde

Em Portugal, a Constituição da República Portuguesa estabelece no seu artigo 64º que:

“1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.

2. O direito à protecção da saúde é realizado: a) através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais do cidadão, tendencialmente gratuito (...)

3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:

a) Garantir o acesso de todos os cidadãos (...);

b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país (...).”

A Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90 de 24 de Agosto), também destaca no seu Capítulo I, Base I, número 2, o direito de todos os cidadãos aos cuidados de saúde. Ou seja, a universalidade e o carácter geral do Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português são de novo realçados na Lei de Bases da Saúde.

Assim, compete ao Estado assegurar o direito à saúde em todas as suas componentes, garantindo a protecção da saúde individual e pública, assim como a equidade no acesso e utilização de todos os cidadãos, independentemente da sua condição social, económica, geográfica ou legal (Fonseca, 2009).

Quanto ao normativo para os cidadãos imigrantes a residir em Portugal, a lei aplica-se de igual forma a todos. Ou seja, de acordo com o Despacho 25360/2001 de 12 de Dezembro, todos os cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal têm acesso aos cuidados de saúde e à assistência medicamentosa prestados pelas instituições e serviços que constituem o Serviço Nacional de Saúde, em igualdade de tratamento ao dos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde. Para que tal seja possível, os cidadãos devem inscrever-se no Serviço Nacional de Saúde, mediante a apresentação, nos serviços de saúde da sua área de residência, do documento comprovativo de

autorização de permanência ou de residência ou visto de trabalho em território nacional (n.º 2 do Despacho 25360/2001 de 12 de Dezembro). Para os cidadãos estrangeiros que residam em Portugal mas que, contudo, não se encontram nas situações acima referidas poderão ter acesso aos serviços de saúde do SNS “mediante a apresentação junto dos serviços de saúde da sua área de residência de documento comprovativo, emitido pelas juntas de freguesia, nos termos do disposto no artigo 34.º do Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de Abril, de que se encontram em Portugal há mais de 90 dias” (n.º 4 do Despacho 25360/2001 de 12 de Dezembro).

Contudo, o Despacho 25360/2001 de 12 de Dezembro, prevê no seu número 5, que “aos cidadãos estrangeiros referidos no número 4, nos termos do disposto na alínea c) do n.º 2 da base III da Lei de Bases da Saúde, poderão ser cobradas as despesas efectuadas, exceptuando a prestação de cuidados de saúde em situações que ponham em perigo a saúde pública, de acordo com as tabelas em vigor, atentas as circunstâncias do caso concreto, nomeadamente no que concerne à situação económica e social da pessoa, a aferir pelos serviços de segurança social”. Isto significa que, aos imigrantes indocumentados, podem ser cobradas as despesas efectuadas nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, com excepção de situações em que alguém do seu agregado familiar efectue descontos para a Segurança Social ou nas situações em que os cidadãos estrangeiros se encontrem em carência económica e social aferida pelos serviços de Segurança Social. Além destas, estão salvaguardadas as situações em que existam doenças transmissíveis que coloquem em perigo a saúde pública e as situações de saúde materna, saúde infantil e planeamento familiar e, também, vacinas do Programa Nacional de Vacinação.

Este despacho determina, ainda, que “as instituições e serviços que constituem o SNS que prestem cuidados de saúde, ao abrigo deste despacho, deverão elaborar relatórios de onde constem o número, a nacionalidade, a profissão, a residência, a idade e o sexo do cidadão estrangeiro, bem como o número e a natureza dos actos médicos praticados e a facturação respectiva”. Estes relatórios são enviados mensalmente para as Administrações Regionais de Saúde que os remetem para a actual Administração Central dos Serviços de Saúde (n.º 7 do Despacho 25360/2001 de 12 de Dezembro).

O Decreto-Lei 67/2004 de 25 de Março surgiu para dar resposta a um vazio jurídico complexo que impedia os menores de idade em situação irregular de aceder aos cuidados de saúde. Através deste decreto-lei foi criado um registo nacional de menores em situação irregular com o único objectivo de assegurar o acesso destes menores aos cuidados de saúde e à educação pré-escolar e escolar. Em caso algum, estes dados poderão fundamentar ou servir de prova para qualquer procedimento administrativo ou judicial, com excepção das situações em que se coloque em causa a protecção dos direitos do menor.

Ao abrigo da Lei 134/99 de 28 de Agosto, a recusa de tratamento médico é punível, pelo que nos estabelecimentos públicos de saúde os imigrantes terão a garantia de acesso, embora nem sempre este acesso seja gratuito.

C. A investigação sobre imigração e saúde em Portugal

Apesar de ainda escassa, existe alguma investigação portuguesa sobre Imigração e Saúde. Exemplo disso é o número temático da Revista Migrações dedicado ao tema Imigração e Saúde, publicado pelo Observatório de Imigração do Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, organizado pela Dr.^a Sónia Dias.

Neste número temático encontram-se alguns artigos científicos sobre a realidade portuguesa e também alguns artigos de opinião.

Um dos textos de Sónia Dias e Aldina Gonçalves refere que o acesso e a utilização dos serviços de saúde podem ser dificultados por diferentes níveis de barreiras, tais como as legislativas, estruturais, organizativas, económicas, culturais e linguísticas. Apesar do direito universal à saúde ser reconhecido, na prática as restrições impostas aos imigrantes, nomeadamente dos que se encontram em situação irregular, podem determinar o acesso aos cuidados de saúde. Outro problema a considerar é a situação laboral instável e precária dos imigrantes, a dificuldade em obter protecção social e o custo associado aos cuidados de saúde, que podem constituir barreiras à utilização dos serviços de saúde por parte das populações imigrantes (Dias et. al., 2004 citado por Sónia Dias e Aldina Gonçalves, 2007). Assim, uma melhor compreensão dos determinantes do acesso e utilização dos serviços de saúde na população imigrante será de grande utilidade para o desenvolvimento de políticas e

programas de saúde mais adequados. Neste sentido, o reforço de estudos sobre a saúde e a imigração em Portugal tornam-se extremamente importantes.

No mesmo artigo, as autoras fazem referência à Carta de Ottawa, uma vez que este documento refere que para existir saúde é necessário assegurar condições e recursos fundamentais de vida e trabalho. Isto significa que as populações imigrantes deverão beneficiar do mesmo tipo de factores protectores da população em geral, prevalecendo um objectivo ético na sociedade de prevenir a discriminação e a exclusão em todas as áreas, incluindo a saúde (Dias; Gonçalves, 2007).

Num estudo de Fonseca et. al., 2005, que recorreu à aplicação de um inquérito a uma amostra representativa dos imigrantes com 18 e mais anos, originários dos PALOP, Brasil e Europa de Leste aplicado de Dezembro de 2004 a Janeiro de 2005, ficou demonstrado que a maioria dos inquiridos, em caso de doença, procuram uma consulta do médico de família ou dirigem-se aos serviços de urgência e apenas uma minoria procura um médico privado, a farmácia ou a medicina popular/curandeiro. Dos grupos em análise destacou-se pela maior utilização de cuidados de saúde, o grupo de cidadãos dos PALOP (especialmente Centros de Saúde e Médico de Família). Os cidadãos brasileiros e da Europa de Leste, muitos em situação irregular, recorrem sobretudo ao Serviço Nacional de Saúde em casos de Urgência. Também são os grupos que mais se automedicam ou que se dirigem apenas à farmácia. Os imigrantes da Europa de Leste apresentaram maiores dificuldades no acesso aos cuidados de saúde e apenas 44% dos inquiridos eram utentes dos centros de saúde.

Os autores invocaram uma série de factores que influenciam o acesso dos cidadãos imigrantes aos cuidados de saúde, tais como a discriminação praticada ao nível das instituições, a falta de conhecimento dos profissionais de saúde dos direitos dos imigrantes, o desconhecimento da informação sobre os serviços de saúde e dos seus direitos por parte dos próprios imigrantes, devido a barreiras linguísticas, o receio de detenção no caso de imigrantes indocumentados ou falta de confiança num sistema que desconhecem (Ingleby et. al., 2005 e Manfellotto, 2002 citados por Fonseca et. al., 2007). Outros factores que impedem o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde incluem

as barreiras culturais relacionadas com a ausência de sensibilidade dos profissionais de saúde aos hábitos e costumes dos imigrantes e minorias étnicas (Carrilho et. al. citados por Fonseca et. al., 2007). Algumas iniciativas foram, no entanto lançadas para minorar estes efeitos. Em 2002, o Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME), actual Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI) publicou uma brochura em Português, Russo e Inglês sobre serviços e questões de saúde, a Comissão Nacional de Luta Contra a Sida (CNLS) distribui brochuras sobre o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) / Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) às principais comunidades imigrantes residentes em Portugal na respectiva língua materna. Outro exemplo a referir é o projecto lançado pelo Hospital Miguel Bombarda em Lisboa em cooperação com várias associações de imigrantes para a disponibilização de consultas de saúde mental para imigrantes. Estas iniciativas destacam-se, sobretudo porque, em Portugal, e em todas as instituições do Serviço Nacional de Saúde, os imigrantes são atendidos nos serviços dirigidos a todos os outros cidadãos (Fonseca et. al., 2005). No mesmo estudo, (Fonseca et. al., 2005) os autores, após a aplicação de inquéritos à população imigrante residente no Alto do Lumiar, em Lisboa, demonstraram que existe uma forte associação entre o baixo nível socioeconómico e uma limitada capacitação dos residentes realojados no Alto do Lumiar para que façam escolhas saudáveis e disponham de condições de vida que lhes permitam adoptar estilos de vida favoráveis à saúde. Concluíram, ainda que, os imigrantes africanos e os seus descendentes se encontram numa situação de maior desvantagem relativamente ao acesso aos serviços médicos e à adopção de comportamentos preventivos da saúde.

Num outro estudo dedicado aos Cuidados de Saúde Materna e Infantil dos Imigrantes, (Machado et. al., 2007) concluiu-se que, as famílias de imigrantes revelam maior mortalidade fetal e neonatal e mais patologia durante a gravidez, nomeadamente de doenças infecciosas. Esta vulnerabilidade na saúde decorre também, segundo Machado et. al. (2007), das características socioeconómicas, como o emprego/desemprego, o tipo de emprego, a escolaridade e a habitação.

Além da mortalidade, também a prematuridade se verificou sempre superior nos imigrantes e mais elevada no grupo africano. Outro aspecto a salientar

encontrado pelos autores foi o início da vigilância da gravidez mais tardio no grupo das imigrantes, quando comparado com a vigilância da gravidez nas mulheres portuguesas.

Após o nascimento, os autores encontraram valores elevados nas crianças sem médico de família atribuído (26% na população imigrante) e que muitas famílias de imigrantes (29%) que responderam ao inquérito dos autores, não se encontravam nas listas dos Centros de Saúde.

Ainda assim, são escassos os estudos que relatam a situação da saúde dos imigrantes em Portugal quanto à necessidade de cuidados de saúde, acesso e utilização. Neste sentido, também se tornará difícil ao Estado Português definir medidas adequadas para atingir resultados próximos da equidade.

Mais recente é a publicação do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge coordenada por Carlos Dias (Dias et. al., 2009) que, utilizando o IV INS efectua um levantamento sobre a saúde dos imigrantes em todas as vertentes avaliadas pelo INS. Curiosamente, nesta análise, os autores concluíram que os imigrantes apresentam características de saúde próximas da população portuguesa não imigrante. Os imigrantes revelaram indicadores de estado de saúde mais favoráveis do que os portugueses (no estado de saúde auto-reportado e na incapacidade física de curta duração), resultados estes observados com e sem padronização das variáveis por idade (método directo de padronização, utilizando a população padrão Europeia).

Nas doenças crónicas, os autores encontraram níveis idênticos entre a população portuguesa e imigrante, com excepção da hipertensão arterial e da diabetes, onde a prevalência se encontrou mais baixa nos imigrantes (dados com e sem padronização).

Idênticos valores foram os encontrados na frequência de sofrimento psicológico e na frequência de utilização de cuidados de saúde oral. Apenas nas consultas médicas se verificaram valores mais baixos na população imigrante, sugerindo menor acessibilidade. No consumo de medicação também se verificaram valores ligeiramente inferiores na população imigrante relativamente à portuguesa (dados com e sem padronização). No que diz respeito ao consumo do tabaco, os autores encontraram maior prevalência na população imigrante (com e sem padronização). No consumo de álcool, os imigrantes apresentaram maior consumo de cerveja e menor consumo de vinho relativamente à

população portuguesa. Mais portugueses do que imigrantes apresentaram dificuldades económicas com consequências na alimentação (restrições alimentares). Na actividade física, os imigrantes apresentaram valores inferiores aos portugueses.

Em síntese, os autores encontraram indicadores de saúde mais favoráveis nos imigrantes e menor utilização de cuidados de saúde preventivos. Os indicadores de utilização dos cuidados de saúde sugerem menor acessibilidade a consultas médicas e menor consumo de medicação. Os autores deixam a recomendação de um estudo que avalie a maior frequência de posse de seguro entre a população imigrante e estudos que incluam os imigrantes indocumentados.

D. As Iniciativas do Estado Português: O Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural (ACIDI)

Apesar dos escassos estudos sobre a temática da imigração e saúde, diversas medidas têm sido adoptadas no sentido de estimular o estudo da problemática e de combater as iniquidades que possam existir a este nível. O actual Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural tem sido um grande fomentor de políticas positivas de integração.

O Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME) foi criado pelo Decreto-Lei número 251/2002, de 22 de Novembro, «na directa dependência do Primeiro-Ministro». O Alto-Comissariado tinha, então, como missão “promover a integração dos imigrantes e minorias étnicas na sociedade portuguesa, assegurar a participação e a colaboração das associações representativas dos imigrantes, parceiros sociais e instituições de solidariedade social na definição das políticas de integração social e de combate à exclusão, assim como acompanhar a aplicação dos instrumentos legais de prevenção e proibição das discriminações no exercício de direitos por motivos baseados na raça, cor, nacionalidade ou origem étnica”.

Já em 2001 o Estado Português tinha legislado no sentido de criar a figura do mediador sócio-cultural (Lei 105/2001 de 31 de Agosto), o que denota uma clara preocupação com a integração do imigrante em Portugal.

Actualmente o ACIME é o ACIDI (Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural). Esta alteração que decorreu da publicação do Decreto-

Lei 167/2007 de 3 de Maio que fundiu o Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas, a estrutura de apoio técnico à coordenação do Programa Escolhas, a Estrutura de Missão para o Diálogo com as Religiões e o Secretariado Entreculturas. Com esta reestruturação, o Estado centralizou num instituto público as atribuições que se encontravam dispersas por vários organismos.

Em 3 de Maio 2007 foi também aprovado o Plano para a Integração dos Imigrantes (Resolução do Conselho de Ministros número 63A/2007). Este Plano identifica um conjunto de 120 medidas, distribuídas por diversas áreas sectoriais verticais e transversais. O seu prazo de execução era 2007-2009 e a sua grande finalidade é a plena integração dos imigrantes na sociedade portuguesa.

Entre as diversas áreas de actuação do plano, podem referir-se a criação de competências administrativas, interculturais e linguísticas (exemplo: promoção e execução de acções de formação, educação e de comunicação para combater a falta de informação dos imigrantes relativamente aos serviços de saúde e, também a falta de informação dos profissionais de saúde e de outras entidades públicas face à diversidade cultural e aos direitos e procedimentos administrativos a ter com estas populações); a promoção e o incentivo de parcerias entre organizações locais e internacionais, visando melhorar os serviços prestados pelo SNS, entre outras.

Como se pode ler no Segundo Relatório Anual de Execução do Plano para a Integração dos Imigrantes do ACIDI , “(...) a avaliação feita do cumprimento das 295 metas correspondentes às 122 Medidas do Plano para a Integração dos Imigrantes 2007-2009 mostra um elevado nível de execução do Plano, na ordem dos 81% de metas com execução completa ou em execução”.

Um dos grandes obstáculos que tem sido identificado é o não domínio da língua portuguesa por parte de alguns grupos de imigrantes. Para contrariar este problema, o ACIDI, I.P. criou Serviço de Tradução Telefónica que apoia os prestadores de cuidados de saúde, sempre que estes necessitarem de comunicar com imigrantes que não falam a língua portuguesa. Existe, também, uma bolsa de mediadores culturais que estão disponíveis para acompanhar os imigrantes e ajudá-los no processo de comunicação.

O ACIDI, IP também criou o Gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio aos Imigrantes (CNAI), em 2004. O CNAI segue o modelo de Loja do Cidadão para imigrantes e oferece uma resposta integrada, disponibilizando no mesmo edifício, vários serviços de administração pública com os quais o imigrante necessita de se contactar (Segurança Social, Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Inspeção Geral do Trabalho, Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, e gabinetes especializados de apoio (Apoio Social, Apoio à Habitação, Apoio ao Emprego, ...). Na área da saúde, os principais objectivos deste gabinete são: identificar os problemas de acesso dos imigrantes ao Sistema Nacional de Saúde, informar sobre os direitos e deveres dos imigrantes, desbloquear situações de acesso em articulação com os Centros de Saúde, Hospitais e/ou instituições promotoras de saúde, acompanhar e encaminhar utentes em situação de carência social e de cuidados de saúde.

Outra iniciativa a referir foi a organização da Presidência Portuguesa da União Europeia dedicada à temática “Saúde e Migrações” que proporcionou a realização de uma conferência europeia sobre o tema. Foi também organizado um encontro dos coordenadores nacionais para a SIDA da Europa dos 53 e dos países vizinhos sobre “VIH e Migrações”.

Esta iniciativa veio dar resposta à preocupação da União Europeia com a saúde dos imigrantes. Aliás, no sentido de monitorizar a evolução dos Estados-membros neste aspecto, o Comité para a Protecção Social da Comissão Europeia estabeleceu dez indicadores básicos que medem a exclusão social. Dois deles estão directamente relacionados com a saúde: a esperança de vida à nascença e o estado de saúde auto-percepcionado baseados na noção de que a saúde é simultaneamente uma causa e uma consequência de dificuldades socioeconómicas mais vastas.

Assim, a equidade no acesso aos cuidados de saúde, bem como a outros serviços, tornou-se um elemento integral da agenda europeia no que respeita à exclusão social, tal como a capacidade de resposta e a melhoria dos serviços prestados (Fonseca et. al., 2007).

Em síntese, Portugal tem vindo com o passar dos anos a reforçar a sua importância como destino de imigração laboral e também de imigração com vista à reunificação familiar (Dias, Carlos et. al.). Essa posição de cada vez

maior destaque como destino de muitos imigrantes forçou todo um enquadramento legal já bastante consistente sobre as matérias de imigração e saúde e também a diversas iniciativas do Estado para a integração dos imigrantes.

Contudo, no que diz respeito à investigação sobre a saúde dos imigrantes em Portugal existem ainda poucos estudos, existindo apenas duas publicações que recorreram ao Inquérito Nacional de Saúde para avaliar a saúde dos imigrantes e o seu acesso aos cuidados de saúde - “A saúde dos imigrantes – Inquérito nacional de saúde 2005-2006” (Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP) elaborado por Carlos Dias, Eleanora Paixão, Maria Branco e José Falcão.

Existem ainda outros estudos já atrás referidos e que acabam por sustentar de alguma forma as iniciativas do Estado Português nesta área.

Torna-se, contudo, pertinente dar continuidade aos estudos nesta matéria uma vez que Portugal tem acentuado nos últimos anos o seu papel de país de imigração. É por isso muito importante analisar a informação de saúde destas populações para que posteriormente se possam tomar medidas correctivas das desigualdades, assegurando a equidade em saúde e no acesso aos cuidados de saúde.

IV. Definição da Metodologia

A. Objectivos do Estudo

Este trabalho tem como objectivo analisar as necessidades em saúde e a utilização de cuidados de saúde das populações portuguesa e imigrante com base no IV Inquérito Nacional de Saúde realizado em Portugal. Ou seja, este trabalho pretende ser, em primeiro lugar, uma análise comparativa das necessidades em saúde da população portuguesa e das necessidades da população imigrante. Em segundo lugar, pretende-se analisar a utilização dos cuidados de saúde e, por último, verificar em que medida poderá o rendimento estar na origem de desigualdades em saúde entre ambas as populações.

Diversos estudos comprovam que, entre a população portuguesa, existem desigualdades com base em variáveis socioeconómicas, ou seja, que a variável rendimento ou a variável educação estão na origem de desigualdades em saúde (Pereira, 1995; Simões, Paquete e Araújo, 2006). Será que entre a população imigrante existem também estas desigualdades com base no rendimento?

Foi opção do estudo não desagregar na análise todos os grupos de cidadãos imigrantes devido ao reduzido tamanho da amostra. Contudo, seria interessante em futuras análises verificar se divididos por grupo de naturalidade, por exemplo, os cidadãos imigrantes apresentariam resultados de saúde e/ou resultados de utilização de cuidados de saúde diferentes por grupo. Assim, foram calculadas as frequências relativas para a descrição das origens da população imigrante (representação dos países de origem da população imigrante residente em Portugal); de seguida apresentam-se as características socioeconómicas dos dois grupos populacionais – população portuguesa e imigrante, com análise das variáveis socioeconómicas sexo, idade, nível de ensino, ocupação e rendimento (com e sem filtro de idade).

Posteriormente, as variáveis de necessidades em saúde seleccionadas (estado de saúde menor que razoável e estado de saúde menor que bom, estado de saúde adoentado nas duas últimas semanas; número de dias de acamamento das duas últimas semanas; Asma e Diabetes diagnosticadas por profissionais de saúde; Dor crónica) e as variáveis de utilização de cuidados de saúde

(número de consultas e consumo de medicamentos prescritos por médico) são descritas e comparadas entre os dois grupos populacionais, por sexo e por grupo etário (novamente através do cálculo das frequências relativas).

Por último, utilizando o método das Curvas e Índices de Concentração, avalia-se em que medida poderá o rendimento influenciar as desigualdades em saúde na população portuguesa e imigrante.

A principal fonte de informação deste estudo foi o IV Inquérito Nacional de Saúde Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) em colaboração com o Instituto Nacional de Estatística (INE) e a Direcção Geral de Saúde (DGS). É, desta forma, uma análise secundária dos dados obtidos no IV INS. Como é referido no documento metodológico do IV INS, este tem como objectivos obter estimativas sobre os estados de saúde e de doença da população portuguesa bem como sobre os respectivos factores determinantes, e ainda, sobre o planeamento, a gestão e avaliação dos programas dos serviços de saúde.

O INS é uma operação estatística não periódica sobre variáveis sociodemográficas e de saúde realizada por entrevista directa junto de uma amostra representativa dos agregados familiares do Continente e das Regiões Autónomas. As fontes de informação do INS são directas e o seu âmbito geográfico corresponde ao Continente e Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. O IV Inquérito Nacional de Saúde teve início em Fevereiro de 2005 e terminou em Janeiro de 2006.

O âmbito populacional da amostra mãe do IV INS é o dos residentes em unidades de alojamento familiares no país à data da realização das entrevistas, incluindo estrangeiros, à excepção dos residentes em alojamentos colectivos.

O principal objectivo do IV INS é a caracterização da população portuguesa face à saúde e recolheu informação quanto à caracterização sociodemográfica, informações gerais de saúde, incapacidade temporária, incapacidade de longa duração, doenças crónicas, cuidados de saúde, consumo de medicamentos, saúde oral, despesas e rendimentos, consumo de tabaco, consumo de alimentos e bebidas, saúde reprodutiva, actividade física, saúde mental, cuidados preventivos, qualidade de vida e insegurança alimentar.

B. Selecção das variáveis

O IV INS é composto por 18 capítulos de questões sobre a saúde dos cidadãos residentes em Portugal. Para o estudo da equidade em saúde, podem encontrar-se no IV INS várias variáveis importantes, nomeadamente as variáveis que caracterizam a população (caracterização socioeconómica e sociodemográfica); as variáveis que caracterizam o estado de saúde da população (incapacidade temporária, incapacidade de longa duração, doenças crónicas, entre outras) e as variáveis que caracterizam a utilização dos cuidados de saúde pela população inquirida.

Como já referido atrás, os conceitos a utilizar para estas análises da população envolvem uma discussão conceptual: a definição do critério a utilizar para poder designar um grupo de população imigrante. No IV INS não estão disponíveis informações importantes como a etnia da população, pelo que a opção tomada pode ser limitadora na interpretação do estudo. O critério aqui seleccionado para a definição de população foi a naturalidade (local de nascimento). Foram, assim, definidas duas amostras: a amostra da população com naturalidade portuguesa (39387 Cidadãos) a amostra da população imigrante a residir em Portugal, com naturalidade diferente da Portuguesa (1806 Cidadãos). Para aprofundar o estudo das variáveis de saúde optou-se por considerar a população com idade superior a 20 anos (30677 cidadãos de naturalidade portuguesa e 1495 cidadãos de naturalidade imigrante).

Assim, tendo em conta a definição constante do Documento Metodológico do IV INS, a naturalidade diz respeito ao local de nascimento ou o local de residência habitual da mãe à data do nascimento. O documento metodológico determina que para alguns fins estatísticos se deverá considerar preferencialmente a naturalidade (local da residência habitual da mãe à data do nascimento). Por este motivo e, também, para que se adeque esta análise ao contexto cultural da pessoa inquirida, opta-se pelo critério da naturalidade. Outros estudos internacionais atrás referidos usaram este mesmo critério, como, Buron et. al., 2008; Garcia-Gomez e Oliva, 2009; Tendero et. al., 2008; Regidor et. al, 2009.

Outra possibilidade seria o uso da nacionalidade, sendo esta a cidadania legal da pessoa no momento de observação. No IV INS estão consideradas as

nacionalidades constantes do Bilhete de Identidade, no passaporte, no título de residência ou no certificado de nacionalidade apresentado. As pessoas que, no momento de observação, tinham pendente um processo de obtenção da nacionalidade, foram consideradas com a nacionalidade anterior. Alguns autores utilizaram este critério essencialmente quando a naturalidade não estava disponível (Quevedo e Rubio, 2009).

As variáveis seleccionadas para este estudo são as seguintes: estado de saúde auto-reportado (estado de saúde menor que razoável e estado de saúde menor que bom), incapacidade temporária (estado de saúde adoentado nas duas últimas semanas e número de dias de acamamento das duas últimas semanas); doenças crónicas (Asma e Diabetes diagnosticadas por profissionais de saúde e Dor crónica) e utilização de cuidados de saúde (número de consultas e consumo de medicamentos prescritos por médico).

Nestas variáveis de estudo seleccionadas, encontram-se as variáveis identificadas na teoria de Blaxter citada por Pereira, em Incapacidade Temporária; Doenças Crónicas e Auto-percepção do Estado de Saúde (Pereira, 2002).

Esta autora estudou diversos inquéritos de saúde e constatou que, na maioria dos inquéritos sobre saúde, existem três tipos de medidas de morbilidade, correspondendo a cada um destes um modelo de saúde associado: o modelo médico, o modelo subjectivo e o modelo funcional (ou social interactivo).

O modelo médico definido por Blaxter engloba as questões dos inquéritos relacionadas com os desvios das normas fisiológicas, como por exemplo as doenças crónicas. Neste modelo, tenta-se perceber se a pessoa teve uma incapacidade de longa duração derivada de uma doença crónica, por exemplo. Este tipo de questão permite perceber quem são os grupos que mais necessitam de cuidados de saúde.

O segundo modelo definido pela autora é o modelo subjectivo, que engloba uma pergunta tipicamente encontrada nos inquéritos de saúde “Como considera a sua saúde/o seu estado de saúde? Cujas respostas é apresentada com escala do género: “muito bom, bom, razoável, mau”. Naturalmente que este é um indicador subjectivo e apresenta diversas limitações, nomeadamente associadas a questões culturais.

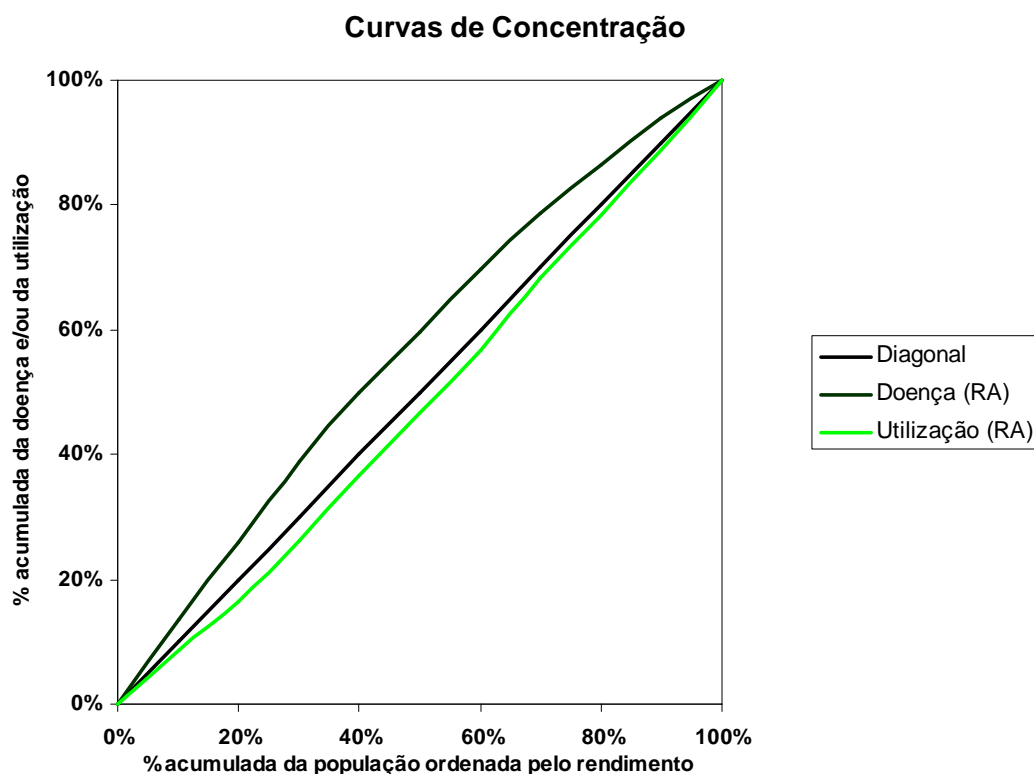
Por último, Blaxter, citada por Pereira (Pereira, 2002), define o terceiro modelo como modelo social-interactivo ou funcional, onde se encontram perguntas que tentam concluir se a pessoa se encontra incapacitada para realizar tarefas quotidianas. São exemplos as questões sobre a incapacidade temporária como o absentismo ao trabalho ou os dias de internamento. Assim, este trabalho obedece à estrutura dos modelos de Blaxter.

C. Curvas e Índices de Concentração

O método utilizado para medir a desigualdade em saúde de acordo com o rendimento neste estudo é a Curva de concentração proposta por Wagstaff et.al. (1991). Esta tem por base a Curva de Lorenz. O Índice de Concentração, baseia-se no coeficiente de Gini que constitui a medida de desigualdade mais utilizada derivada da curva de Lorenz (Pereira, 1995). A Curva de Concentração representa a desigualdade na distribuição de um qualquer atributo relacionado com o rendimento ou outra variável sócio-económica e é construída representando no eixo horizontal a proporção acumulada da população ordenada pelo nível socioeconómico (neste estudo, ordenada pelo rendimento) e no eixo vertical a proporção acumulada da morbilidade na população. Assim, a curva de concentração representa a proporção de morbilidade da população em função da proporção acumulada da população ordenada pelo nível socioeconómico.

Graficamente, a curva de concentração encontrar-se-á abaixo da diagonal se a morbilidade estiver mais concentrada na população com menores níveis de rendimento. Quando a curva de concentração se encontra acima da diagonal, esta traduz uma concentração de morbilidade na população com níveis socioeconómicos mais elevados (Gráfico I).

Gráfico I – Curvas de Concentração



O Índice de Concentração é definido por duas vezes a área entre a curva da concentração e a diagonal. Este mede a área entre a curva de concentração e a diagonal, mostrando, dessa forma, em que medida a distribuição desse atributo se afasta de uma situação ótima de igualdade.

Assim, o Índice de Concentração varia entre os valores (-1) e (+1), traduzindo o grau de desigualdade de distribuição do atributo entre os grupos. Quando o índice assume o valor (-1), a pessoa mais pobre é a única que sofre da doença. Pelo contrário o valor (+1) representa uma situação em que é a pessoa mais rica a única que sofre da doença.

O valor zero pode significar que a curva de concentração coincide com a diagonal, existindo uma igualdade perfeita ou também poderá ter este significado quando cruzar a diagonal e as áreas abaixo e acima desta sejam equivalentes.

O Índice de Concentração é igual a:

$$C_m = \frac{2}{n\mu} \sum_{i=1}^n y_i R_i - 1$$

Onde, n é o tamanho da população, y_i é o valor do indicador de morbilidade para o indivíduo i , μ é o nível médio do indicador de morbilidade para a população e R_i é o valor da posição relativa do indivíduo i , definido numa proporção.

Neste trabalho optou-se pela aplicação do índice de concentração pelo método da covariância, que tem a vantagem de ser simples e exacto e utilizado em dados micro:

$$C_m = \frac{2 \text{ cov } [m, F(y)]}{\mu_m}$$

Onde **cov** é a covariância; **m** é o nível de morbilidade para determinado indivíduo com rendimento **y**; **F (y)** é a proporção da população com rendimento não superior a **y** e μ_m é o nível médio de morbilidade.

Para medir as eventuais iniquidades em saúde foi também calculado o Índice de Le Grand (índice de equidade), que se traduz pela diferença entre o índice de concentração da utilização e o índice de concentração da doença ($HI_{LG} = I_{\text{utilização}} - I_{\text{necessidade}}$).

Quando o Índice de Le Grand é positivo, estamos perante desigualdades em saúde a favor dos mais ricos (ou mais favorecidos socioeconomicamente tendo em conta a variável socioeconómica analisada). Quando este índice é negativo, estamos perante uma iniquidade a favor dos mais pobres.

Para estruturar a população pelo rendimento foi utilizado o conceito de rendimento equivalente que é o resultado obtido pela divisão do rendimento de cada agregado pela sua dimensão em termos de "adultos equivalentes", utilizando a escala de equivalência modificada da OCDE. A expressão "adultos equivalentes" é uma unidade de medida da dimensão dos agregados que resulta da aplicação da escala modificada da OCDE. A escala de equivalência modificada da OCDE atribui um peso de 1 ao primeiro adulto de um agregado; 0,5 aos restantes adultos e 0,3 a cada criança, dentro de cada agregado. Obteve-se, assim, a variável final usada para ordenar a população pelo rendimento.

Para a análise estatística utilizou-se o programa SPSS, versão 14, tendo alguns dados também sido trabalhados em Excel.

V. Resultados

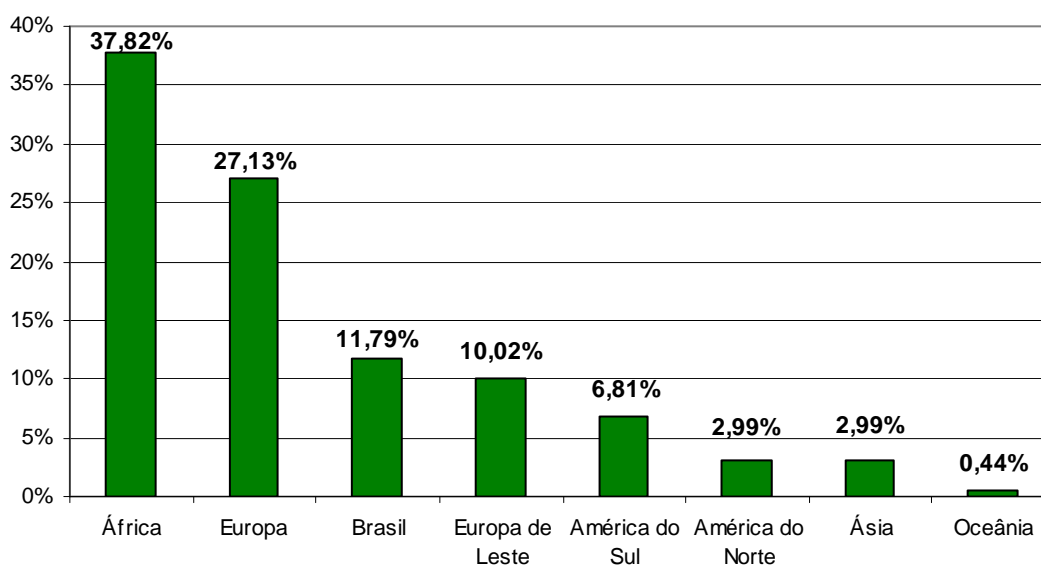
Apresentam-se, de seguida os resultados quanto à caracterização sócio-económica da população portuguesa e imigrante, os resultados ao nível das necessidades em saúde nas variáveis analisadas e os resultados ao nível da utilização dos cuidados de saúde.

A. Caracterização Sócio-Económica da População Portuguesa e Imigrante

Da totalidade da população inquirida no IV INS, realizado entre 2005 e 2006, 95,6% tinha naturalidade portuguesa (39387 cidadãos) e 4,4% da população tinha naturalidade diferente da portuguesa (1806 cidadãos). A reduzida amostra da população imigrante poderá ser uma limitação ao estudo.

Entre os cidadãos de naturalidade estrangeira, pode verificar-se que os grupos de maior peso em Portugal, por ordem descendente são a população oriunda de: África, Europa, Brasil (foi opção aqui destacar o Brasil devido ao seu peso percentual), Europa de Leste, América do Sul, América do Norte, Ásia e Oceânia. A representação dos vários grupos pode-se observar no Gráfico II e no Quadro I.

Gráfico II. – Grupos populacionais com Naturalidade Estrangeira



Fonte: IV INS

Quadro III. – Grupos populacionais residentes em Portugal com naturalidade estrangeira

Grupo	N	%
Europa de Leste	181	10,02%
Roménia	67	3,71%
Ucrânia	56	3,10%
Federação Russa	20	1,11%
Moldávia	19	1,05%
Bulgária	13	0,72%
Outros países de nascimento (n< 10)	6	0,33%
Europa	490	27,13%
França	199	11,02%
Alemanha	67	3,71%
Vaticano	41	2,27%
Grã-Bretanha (Reino Unido, UK)	52	2,88%
Espanha	32	1,77%
Suíça	26	1,44%
Holanda	21	1,16%
Bélgica	15	0,83%
Luxemburgo	10	0,55%
Outros países de nascimento (n<10)	27	1,50%
Brasil	213	11,79%
África	683	37,82%
Angola	335	18,55%
Moçambique	159	8,80%
Cabo Verde	115	6,37%
São Tomé e Príncipe	24	1,33%
Guiné-Bissau	19	1,05%
Guiné	15	0,83%
Outros países de nascimento (n<10)	16	0,89%
América do Sul	123	6,81%
Venezuela	105	5,81%
Cuba	7	0,39%
Outros países de nascimento (n<10)	11	0,61%
América do Norte	54	2,99%
Estados Unidos	36	1,99%
Canadá	13	0,72%
Outros países de nascimento (n<10)	5	0,28%
Ásia	54	2,99%
Índia	17	0,94%
Outros países de nascimento (n<10)	37	2,05%
Oceânia	8	0,44%
Total	1806	100,00%

Fonte: IV INS

Quanto à caracterização da população imigrante e portuguesa, podemos verificar que a distribuição por sexos é idêntica, existindo mais mulheres do que homens tanto na população portuguesa, como na população com naturalidade estrangeira. Relativamente à idade, a população portuguesa tem uma maior percentagem de população acima dos 40 anos e a população imigrante tem maior percentagem de jovens adultos dos 20 aos 39 anos (46,95%).

A população imigrante tem também um maior nível de escolaridade nos níveis secundário e superior (população imigrante: 46,46%; população portuguesa: 18,71%). A população portuguesa é mais representativa nos grupos sem escolaridade e com ensino básico (população portuguesa: 81,29%; população imigrante: 53,54%).

O grupo de desempregados é superior nos imigrantes: 6,15% dos imigrantes estão desempregados e 3,57% dos portugueses encontram-se desempregados. Por outro lado, o grupo dos imigrantes que se encontram a trabalhar é superior ao grupo dos portugueses – 62,07% dos imigrantes e 42,51% dos portugueses encontram-se a trabalhar.

Quanto à distribuição do rendimento, verifica-se que a população portuguesa apresenta uma distribuição percentual do rendimento mais concentrada nos topos (40,15% nos dois níveis inferiores de rendimento e 40,7% nos dois níveis superiores de rendimento). A população imigrante apresenta nos dois níveis inferiores de rendimento uma proporção inferior (30,86%) e nos dois níveis superiores uma proporção superior: 50,87%.

Devido à primeira análise da população efectuada, sentiu-se necessidade de avaliar os mesmos critérios, mas aplicando uma selecção da população por idade (> 20 anos), dado que a população imigrante é sobretudo população jovem activa.

Assim, verifica-se que a distribuição por sexos na idade adulta é muito semelhante entre as duas populações. Destaca-se que 88,36% da população imigrante está concentrada nos grupos etários dos 20 aos 59 anos, enquanto que na população portuguesa e nos mesmos grupos etários a proporção é de 64,12%.

Quanto ao nível de escolaridade, uma grande fatia da população adulta portuguesa com mais de 20 anos apenas é detentora do ensino básico 63,46%

e que 45% da população imigrante também possui apenas como nível de escolaridade o ensino básico.

Como referido acima, a população imigrante é sobretudo uma população activa (72,98% da população com mais de 20 anos encontra-se a trabalhar; 7,22% estão desempregados, 8% são reformados e 8,23% não têm actividade). Quanto à população portuguesa, 52% encontra-se a trabalhar, 25,89% estavam reformados, 12,38 não tinham qualquer actividade e 4,33% estavam reformados. A população estudante dos dois grupos estava bastante aproximada 2,04% na população portuguesa e 2,21% na população imigrante. Quanto ao rendimento, os imigrantes apresentam uma maior concentração do seu rendimento nos níveis superiores (55,46% nos dois últimos níveis de rendimento), enquanto que o rendimento dos portugueses apresenta uma distribuição mais uniforme por todos os escalões de rendimento.

Quadro IV. Características da População Portuguesa e Imigrante (sem filtro de idade)

Variável	População Portuguesa		População Imigrante	
	N	%	N	%
Sexo				
Feminino	20342	51,65%	957	52,99%
Masculino	19045	48,35%	849	47,01%
TOTAL	39387	100,00%	1806	100,00%
Idade				
0-19	8264	20,98%	285	15,78%
20-39	9089	23,08%	848	46,95%
40-59	11028	28,00%	499	27,63%
60-69	4944	12,55%	105	5,81%
> 70	6062	15,39%	69	3,82%
TOTAL	39387	100,00%	1806	100,00%
Nível de ensino mais elevado				
Nenhum	7907	20,08%	102	5,65%
Ensino primário (básico)	24095	61,20%	864	47,89%
Ensino Secundário	4249	10,79%	479	27,61%
Ensino Superior	3120	7,92%	359	18,85%
TOTAL	39371	100,00%	1804	100,00%
Ocupação principal nas duas últimas semanas				
A trabalhar	16745	42,51%	1121	62,07%
Desempregado	1405	3,57%	111	6,15%
Reformado	7944	20,17%	120	6,64%
Estudante	6464	16,41%	268	14,84%
Baixa Médica	811	2,06%	22	1,22%
Sem actividade	6018	15,28%	164	9,08%
TOTAL	39387	100,00%	1806	100,00%
Rendimento – Valores corrigidos pela escala de equivalência da OCDE				
< 425,50€	7634	19,71%	260	15,08%
425,51€ -800,50€	7913	20,43%	272	15,78%
800,51€-1050,50€	7417	19,15%	315	18,27%
1050,51€-1350,50€	8129	20,99%	421	24,42%
> 1350,51€	7633	19,71%	456	26,45%
TOTAL	38726	100,00%	1724	100,00%

Fonte: IV INS

Quadro V. Características da População Portuguesa e Imigrante (com filtro de idade > 20 anos)

Variável	População Portuguesa		População Imigrante	
	N	%	N	%
Sexo				
Feminino	16169	52,71%	792	52,98%
Masculino	14508	47,29%	703	47,02%
Total	30677	100,00%	1495	100,00%
Idade				
20-39	8643	28,17%	822	54,98%
40-59	11028	35,95%	499	33,38%
60-69	4944	16,12%	105	7,02%
> 70	6062	19,76%	69	4,62%
Total	30677	100,00%	1495	100,00%
Nível de ensino mais elevado				
Nenhum	5190	16,93%	53	3,55%
Ensino Primário (básico)	19459	63,46%	672	45,01%
Ensino Secundário	3068	10,01%	436	29,20%
Ensino Superior	2945	9,60%	332	22,24%
Total	30662	100,00%	1493	100,00%
Ocupação principal nas duas últimas semanas				
A Trabalhar	16200	52,81%	1091	72,98%
Desempregado	1328	4,33%	108	7,22%
Reformado	7943	25,89%	120	8,03%
Estudante	625	2,04%	33	2,21%
Baixa Médica	784	2,56%	20	1,34%
Sem actividade	3797	12,38%	123	8,23%
Total	30677	100,00%	1495	100,00%
Rendimento – Valores corrigidos pela escala de equivalência da OCDE				
< 425,50€	5433	18,03%	173	12,11%
425,51€ -800,50€	6062	20,11%	211	14,78%
800,51€-1050,50€	5847	19,40%	252	17,65%
1050,51€-1350,50€	6785	22,51%	372	26,05%
> 1350,51€	6014	19,95%	420	29,41%
Total	30141	100,00%	1428	100,00%

Fonte: IV INS

B. As variáveis de Saúde: necessidades e utilização

Para a análise das variáveis de saúde, foi também aplicado o filtro de idade superior a 20 anos, de forma a considerar apenas a população adulta. Assim, no que se refere ao Estado de Saúde auto-reportado dos adultos com mais de 20 anos, verifica-se um maior pessimismo na população portuguesa, uma vez que somados os resultados, 21,29% da população portuguesa com mais de 20 anos considera o seu estado de Saúde como Mau ou Muito Mau e apenas 6,86% dos cidadãos imigrantes classificam a sua saúde como má e muito má. Quanto à classificação do estado de saúde nos níveis Razoável a Muito Mau, 62,97% dos portugueses com mais de 20 anos consideram o seu estado de saúde nestes níveis e 35,49% dos imigrantes consideram o seu estado de saúde entre o Razoável e o Muito Mau.

Quanto à sensação de mal-estar ou adoentado nas duas últimas semanas, 15,46% dos portugueses e 13% dos imigrantes responderam afirmativamente.

Quanto às variáveis de incapacidade, os resultados revelaram a mesma tendência: os portugueses revelam ter tido nas duas semanas anteriores ao INS, em média 0,75 dias de incapacidade ou actividade limitada e os imigrantes revelaram uma média inferior (0,57 dias). Quanto aos dias de acamamento nas duas semanas anteriores ao INS, os portugueses revelam ter tido em média 2,54 dias de acamamento e os imigrantes, 1,68 dias de acamamento.

Nas doenças crónicas, foram analisadas três variáveis: Diabetes diagnosticada por profissionais de saúde, Asma diagnosticada por profissionais de saúde e Dor Crónica. Verifica-se que a 9,4% da população portuguesa tem diabetes contra 3,08% da população imigrante. Na asma, a relação é inversa, 5,35% dos imigrantes têm asma diagnosticada por profissional de saúde e 4,99% dos portugueses apresentam a mesma doença. Na dor crónica, a percentagem mais elevada é novamente a da população portuguesa: 18,23%. A população imigrante apresenta percentagem de 12,37%.

Dado que os resultados estarão completamente dependentes da estrutura etária das populações e, provavelmente, também da reduzida amostra da população imigrante, desagregou-se a análise por sexo e por grupo etário.

Assim, verificou-se que existem grandes diferenças da auto-percepção do estado de saúde entre homens e mulheres, havendo uma tendência nas duas populações – portuguesa e imigrante – para que as mulheres considerem o seu estado de saúde como menor que razoável e menor que bom. Na população portuguesa verifica-se que as percentagens mais elevadas de resposta se encontram no grupo etário dos 40 aos 59 anos, enquanto que na população imigrante as maiores percentagens estão concentradas nos grupos dos 20 aos 59 anos, devido à distribuição da população por grupos etários.

Na variável sensação de mal estar, a tendência das diferenças demonstradas entre os sexos mantém-se, com as mulheres portuguesas e imigrantes a demonstrarem estar mais doentes nas duas últimas semanas. Os grupos etários onde se verificam as maiores percentagens na população portuguesa são dos 40 aos 59 anos e na população imigrante, dos 20 aos 39 anos. Novamente a população portuguesa apresentou percentagens superiores às da população imigrante.

Relativamente à diabetes diagnosticada por profissional de saúde, esta surge mais entre a população portuguesa do que na população imigrante, com maior destaque nas mulheres e no grupo etário acima dos 60 anos.

O mesmo já não se verificou na asma, que apresentou percentagens, embora ligeiras, mas superiores às da população portuguesa, novamente mais elevada no grupo das mulheres e no grupo etário dos 20 aos 39 anos. Na população portuguesa, a distribuição verificou-se ser relativamente homogénea, mas também mais elevada no grupo feminino.

Na dor crónica, a população portuguesa e imigrante apresentam percentagens mais elevadas entre as mulheres. Por grupo etário, a população portuguesa apresenta valores mais elevados nos grupos a partir dos 40 anos e a população imigrante apresenta percentagens mais elevadas dos 20 aos 59 anos.

Na variável dias de incapacidade temporária, voltam a aparecer as mulheres com valores superiores aos homens tanto na população portuguesa, como na população imigrante. Contudo, na variável dos dias de actividade limitada ou incapacidade temporária de 1 a 5 dias, a população imigrante apresenta, em ambos os sexos, proporções mais elevadas do que a população portuguesa,

embora estas percentagens não se apresentem muito diferentes das percentagens da população portuguesa.

Na variável dias de acamamento (1 a 5 dias), a distribuição por sexo mantém a tendência das restantes (superior nas mulheres) e também se demonstrou superior entre as mulheres imigrantes, por comparação com o grupo das mulheres portuguesas. No entanto é de referir que, sem filtro de idade, a média de dias de acamamento da população portuguesa (2,35) é superior à média de dias de acamamento da população imigrante (1,57).

Contudo, desagregada a variável de para 1 a 5 dias e desagregadas as populações por sexo e idade, destacam-se as mulheres imigrantes com maior percentagem de acamamento relativamente aos restantes grupos.

Os resultados apontam assim, não para grandes diferenças em saúde entre as populações portuguesa e imigrante mas sim para um relativo melhor nível de saúde entre a população imigrante, muito associado à sua caracterização por sexo e idade. Também foi possível verificar que, embora existam de facto mais mulheres do que homens em ambos os grupos populacionais, são também as mulheres que apresentam piores resultados em saúde em praticamente todas as variáveis.

Quadro VI. Variáveis de necessidade em saúde (população com idade > 20 anos)

Indicadores de Morbilidade População com idade > 20 anos	Questão INS	População Portuguesa		População Imigrante	
		N	%	n	%
Estado de saúde menor que razoável [MAU e MUITO MAU]	De uma maneira geral como considera o seu estado de saúde? [Muito Bom, Bom, Razoável, Mau, Muito Mau]	4598	21,29%	70	6,86%
Estado de saúde menor que Bom [RAZOÁVEL, MAU e MUITO MAU]	De uma maneira geral como considera o seu estado de saúde? [Muito Bom, Bom, Razoável, Mau, Muito Mau]	13600	62,97%	362	35,49%
Pessoas com doença ou sensação de mal estar	Diga-me então se nestas duas semanas o Sr. se sentiu mal ou esteve adoentado (sim)	4742	15,46%	195	13%
		Média (dias)		Média (dias)	
Número de Dias de Actividade Limitada	Nestas duas semanas quantos dias deixou de fazer alguma coisa que habitualmente faz, seja em casa, no trabalho ou no tempo livre, devido a doença, acidente, violência ou motivos relacionados com a saúde.	0,75		0,57	
Número de Dias de Acamamento	E quantos [dias] teve de ficar de cama todo o dia ou a maior parte do dia?	2,54		1,68	
		N	%	n	%
Diabetes diagnosticados por prof. de saúde	Tem ou já teve Diabetes? Foi Diagnosticado (...)?	2883	9,40%	46	3,08%
Asma diagnosticada por prof. De saúde	Tem ou já teve Asma? Foi Diagnosticado (...)?	1531	4,99%	80	5,35%
Dor Crónica	Tem ou já teve alguma dor crónica (dor constante ou repetitiva durante, pelo menos 3 meses)?	5593	18,23%	185	12,37%

Fonte: IV INS

Quadro VII. Variáveis de necessidade em saúde, por sexo e por grupo etário

VARIÁVEL ESTADO DE SAÚDE MENOR QUE RAZOÁVEL								
GRUPO ETÁRIO	POP. PORTUGUESA				POP. IMIGRANTE			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-19	66	0,23%	45	0,16%	2	0,16%	2	0,16%
20-39	54	0,19%	122	0,43%	6	0,48%	13	1,04%
40-59	316	1,11%	802	2,81%	9	0,72%	17	1,37%
60-69	414	1,45%	905	3,17%	8	0,64%	10	0,80%
> 70	668	2,34%	1320	4,62%	1	0,08%	6	0,48%
TOTAL	1518	5,32%	3194	11,18%	26	2,09%	48	3,86%
VARIÁVEL ESTADO DE SAÚDE MENOR QUE BOM								
GRUPO ETÁRIO	POP. PORTUGUESA				POP. IMIGRANTE			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-19	593	2,08%	496	1,74%	14	1,12%	18	1,45%
20-39	489	1,71%	1092	3,82%	42	3,37%	104	8,35%
40-59	1614	5,65%	3096	10,84%	46	3,69%	82	6,59%
60-69	1224	4,29%	1999	7,00%	19	1,53%	34	2,73%
> 70	1582	5,54%	2540	8,89%	10	0,80%	25	2,01%
TOTAL	5502	19,27%	9223	32,29%	131	10,52%	263	21,12%
SENSAÇÃO DE DOENÇA OU MAL ESTAR								
GRUPO ETÁRIO	POP. PORTUGUESA				POP. IMIGRANTE			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-19	390	1,09%	475	1,33%	8	0,49%	15	0,91%
20-39	449	1,26%	572	1,60%	29	1,76%	72	4,38%
40-59	641	1,79%	944	2,64%	16	0,97%	44	2,68%
60-69	345	0,97%	599	1,68%	13	0,79%	8	0,49%
> 70	461	1,29%	777	2,17%	8	0,49%	8	0,49%
TOTAL	2286	6,39%	3367	9,42%	74	4,50%	147	8,94%
DIABETES DIAGNOSTICADOS POR PROFISSIONAL DE SAÚDE								
GRUPO ETÁRIO	POP. PORTUGUESA				POP. IMIGRANTE			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-19	13	0,03%	12	0,03%	0	0,00%	1	0,06%
20-39	39	0,10%	93	0,24%	4	0,22%	7	0,39%
40-59	401	1,02%	450	1,14%	9	0,50%	7	0,39%
60-69	378	0,96%	466	1,18%	5	0,28%	5	0,28%
> 70	409	1,04%	651	1,65%	2	0,11%	7	0,39%
TOTAL	1240	3,15%	1672	4,25%	20	1,11%	27	1,50%
ASMA DIAGNOSTICADA POR PROFISSIONAL DE SAÚDE								
GRUPO ETÁRIO	POP. PORTUGUESA				POP. IMIGRANTE			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-19	251	0,64%	151	0,38%	2	2	0,11%	0,66%
20-39	196	0,50%	178	0,45%	27	27	1,50%	1,38%
40-59	155	0,39%	288	0,73%	13	12	0,66%	0,72%
60-69	123	0,31%	202	0,51%	2	2	0,11%	0,11%
> 70	175	0,44%	239	0,61%	44	0	0,00%	0,22%
TOTAL	900	2,29%	1058	2,69%	88	43	2,38%	3,10%

DOR CRÓNICA								
GRUPO ETÁRIO	POP. PORTUGUESA				POP. IMIGRANTE			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-19	55	0,14%	66	0,17%	2	0,11%	4	0,22%
20-39	283	0,72%	389	0,99%	26	1,44%	49	2,71%
40-59	769	1,95%	1236	3,14%	25	1,38%	47	2,60%
60-69	492	1,25%	797	2,02%	8	0,44%	19	1,05%
> 70	546	1,39%	1099	2,79%	3	0,17%	9	0,50%
TOTAL	2145	5,45%	3587	9,11%	64	3,54%	128	7,09%
DIAS DE ACTIVIDADE LIMITADA/INCAPACIDADE TEMPORÁRIA 1 A 5 DIAS								
GRUPO ETÁRIO	POP. PORTUGUESA				POP. IMIGRANTE			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-19	213	0,54%	172	0,44%	10	0,55%	7	0,39%
20-39	158	0,40%	228	0,58%	10	0,55%	32	1,77%
40-59	192	0,49%	325	0,83%	14	0,78%	17	0,94%
60-69	108	0,28%	177	0,45%	2	0,11%	4	0,22%
> 70	101	0,26%	199	0,51%	1	0,06%	2	0,11%
TOTAL	772	1,97%	1101	2,81%	37	2,05%	62	3,44%
DIAS DE ACTIVIDADE LIMITADA/INCAPACIDADE TEMPORÁRIA Mais de 5 DIAS								
GRUPO ETÁRIO	POP. PORTUGUESA				POP. IMIGRANTE			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-19	24	0,06%	24	0,06%	1	0,06%	3	0,17%
20-39	38	0,10%	38	0,10%	1	0,06%	4	0,22%
40-59	40	0,10%	106	0,27%	3	0,17%	6	0,33%
60-69	50	0,13%	69	0,18%	1	0,06%	3	0,17%
> 70	59	0,15%	92	0,24%	0	0,00%	1	0,06%
TOTAL	211	0,54%	329	0,84%	6	0,33%	17	0,94%
DIAS DE ACAMAMENTO 1 A 5 DIAS								
GRUPO ETÁRIO	POP. PORTUGUESA				POP. IMIGRANTE			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-19	96	2,65%	70	1,93%	5	3,11%	1	0,62%
20-39	89	2,45%	105	2,90%	3	1,86%	15	9,32%
40-59	92	2,54%	186	5,13%	7	4,35%	10	6,21%
60-69	46	1,27%	93	2,56%	0	0,00%	6	3,73%
> 70	56	1,54%	104	2,87%	0	0,00%	1	0,62%
TOTAL	379	10,45%	558	15,39%	15	9,32%	33	20,50%
DIAS DE ACAMAMENTO mais de 5 DIAS								
GRUPO ETÁRIO	POP. PORTUGUESA				POP. IMIGRANTE			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-19	9	0,25%	7	0,19%	0	0,00%	1	0,62%
20-39	10	0,28%	16	0,44%	1	0,62%	1	0,62%
40-59	13	0,36%	38	1,05%	1	0,62%	1	0,62%
60-69	15	0,41%	31	0,85%	2	1,24%	1	0,62%
> 70	35	0,97%	49	1,35%	0	0,00%	1	0,62%
TOTAL	82	2,26%	141	3,89%	4	2,48%	5	3,11%

Fonte: IV INS

Quanto às variáveis de utilização, foram analisados o número de consultas nos últimos 3 meses e a toma de medicação prescrita nas duas últimas semanas.

Verificamos que mais homens do que mulheres portuguesas e imigrantes não consultaram qualquer médico nos 3 meses que antecederam o Inquérito Nacional de Saúde e que, estas percentagens foram mais elevadas na população imigrante, tanto nos homens como nas mulheres. Acresce que, em ambos os grupos e de forma muito clara, as maiores percentagens de população que não consultaram o médico nos últimos 3 meses está concentrada na população mais jovem.

Para a consulta ao médico uma vez nos últimos três meses, as mulheres portuguesas e imigrantes voltam a apresentar-se com maior número de consultas comparativamente ao grupo dos homens, concentrando-se, em ambas as populações, entre os grupos mais jovens (dos 0 aos 59 anos). A tendência mantém-se no indicador de duas ou mais consultas.

Relativamente ao consumo de medicação prescrita, enquanto este indicador aumenta na população portuguesa, acompanhando o aumento da idade, na população imigrante, está concentrado nos grupos dos 20 aos 59 anos, essencialmente devido à composição etária desta população. Neste indicador, destacam-se novamente as mulheres dos dois grupos por maior consumo de medicação do que os homens e, comparando as duas populações, a população portuguesa consome mais medicação prescrita do que a população imigrante.

Quadro VIII. Variáveis de utilização dos cuidados de saúde, por grupo etário e sexo – População Portuguesa e Imigrante

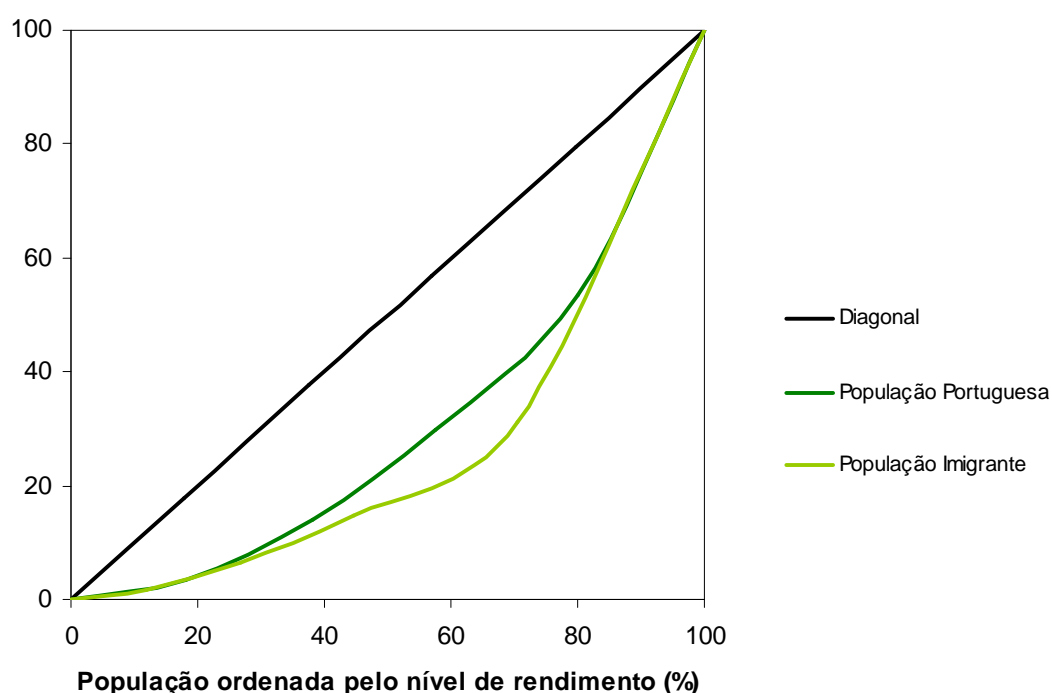
NÃO CONSULTOU MÉDICO NOS ÚLTIMOS 3 MESES								
GRUPO ETÁRIO	POP. PORTUGUESA				POP. IMIGRANTE			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-19	2565	6,51%	2271	5,77%	89	4,93%	102	5,65%
20-39	3141	7,97%	2304	5,85%	287	15,89%	232	12,85%
40-59	2897	7,36%	2362	6,00%	131	7,25%	133	7,36%
60-69	901	2,29%	779	1,98%	20	1,11%	17	0,94%
> 70	873	2,22%	1023	2,60%	13	0,72%	13	0,72%
TOTAL	10377	26,35%	8739	22,19%	540	29,90%	497	27,52%
CONSULTOU O MÉDICO 1 VEZ								
GRUPO ETÁRIO	POP. PORTUGUESA				POP. IMIGRANTE			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-19	1136	2,88%	1064	2,70%	33	1,83%	33	1,83%
20-39	994	2,52%	1203	3,05%	74	4,10%	97	5,37%
40-59	1424	3,62%	1603	4,07%	61	3,38%	75	4,15%
60-69	646	1,64%	831	2,11%	16	0,89%	18	1,00%
> 70	807	2,05%	1100	2,79%	7	0,39%	16	0,89%
TOTAL	5007	12,71%	5801	14,73%	191	10,58%	239	13,23%
CONSULTOU O MÉDICO 2 OU MAIS VEZES								
GRUPO ETÁRIO	POP. PORTUGUESA				POP. IMIGRANTE			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-19	596	1,51%	628	1,59%	11	0,61%	17	0,94%
20-39	484	1,23%	950	2,41%	46	2,55%	109	6,04%
40-59	965	2,45%	1765	4,48%	38	2,10%	60	3,32%
60-69	704	1,79%	1078	2,74%	13	0,72%	21	1,16%
> 70	891	2,26%	1358	3,45%	7	0,39%	13	0,72%
TOTAL	3640	9,24%	5779	14,67%	115	6,37%	220	12,18%
TOMOU MEDICAMENTOS RECEITADOS								
GRUPO ETÁRIO	POP. PORTUGUESA				POP. IMIGRANTE			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-19	880	2,24%	992	2,52%	21	1,16%	33	1,83%
20-39	956	2,43%	2563	6,51%	80	4,44%	254	14,09%
40-59	2350	5,97%	3983	10,12%	82	4,55%	139	7,71%
60-69	1563	3,97%	2274	5,78%	31	1,72%	39	2,16%
> 70	2033	5,17%	3045	7,74%	21	1,16%	35	1,94%
TOTAL	7782	19,77%	12857	32,67%	235	13,03%	500	27,73%

Fonte: IV INS

C. O rendimento enquanto factor de desigualdades no acesso aos cuidados de saúde – População Portuguesa e Imigrante

Neste estudo considerou-se também o rendimento enquanto variável socioeconómica na avaliação do acesso aos cuidados de saúde pelos dois grupos de população. Desta forma, no Gráfico II encontra-se representada a Curva de Lorenz com a distribuição do rendimento pelas duas populações.

Gráfico III – Curva de Concentração do rendimento – População Portuguesa e População Imigrante



Fonte: IV INS

Verifica-se, pela análise do Gráfico III, que existem desigualdades na distribuição dos rendimentos, tanto na população portuguesa, como na população imigrante, mas mais acentuadas na população imigrante. Na população de naturalidade portuguesa, no que se refere à concentração de doença, constatou-se que são quatro os indicadores que apresentam um índice de concentração negativo, revelando maior concentração da doença entre a população mais pobre: Estado de Saúde menor que Razoável; Estado de

Saúde menor que Bom; Dias de incapacidade temporária e dias de acamamento.

Esta iniquidade verifica-se sobretudo nos indicadores de Dias de Incapacidade Temporária e Dias de Acamamento, com índices de concentração da doença de -0,568 e -0,505 respectivamente.

Também existe mais concentração de doença entre a população portuguesa de menor rendimento quando analisados os indicadores subjectivos de saúde: Estado de Saúde menor que Razoável (-0,185) e Estado de Saúde menor que Bom (-0,182).

São positivos os índices de concentração da doença nas variáveis de doenças crónicas – Asma e Diabetes e também na variável de Sensação de Mal-Estar ou Adoentado, este último muito próximo do zero, revelando que, nestes indicadores, não há desigualdade na distribuição da doença.

Na população imigrante, os resultados apontam para uma concentração da morbilidade na população com menores rendimentos exactamente nos mesmos indicadores. Os índices de concentração são contudo mais elevados em três das variáveis de concentração de doença: Número de dias de Incapacidade Temporária (-0,811), Estado de Saúde menor que Razoável (-0,524) e Estado de Saúde menor que Bom (-0,314), por ordem decrescente.

A variável de dias de acamamento apresenta um índice de concentração muito próximo da população portuguesa (-0,504). Mais uma vez, o índice de concentração do indicador de pessoas com doença ou mal-estar nas duas últimas semanas é muito próximo de zero, ou seja, indica que não há desigualdade na distribuição da doença.

Os resultados para as doenças crónicas são semelhantes aos da população portuguesa. A diabetes apresenta um índice de concentração de 0,019 e a Asma de 0,004.

Quanto aos resultados da utilização dos cuidados de saúde em Número de Consultas e Consumo de Medicamentos prescritos pelo médico, verifica-se que existe desigualdade na utilização de cuidados tanto na população portuguesa, como na população imigrante.

Entre a população portuguesa, a iniquidade na utilização dos cuidados é superior no indicador do número de consultas (índice de concentração de -0,329) do que no indicador de consumo de medicação prescrita (-0,078).

O mesmo acontece entre a população imigrante residente em Portugal, em que a iniquidade é superior no indicador do número de consultas (índice de concentração de -0,273) do que no indicador do consumo de medicamentos prescritos pelo médico (índice de concentração de -0,017).

Assim, pela observação do gráfico IV, verifica-se que existe sobretudo iniquidade na distribuição do número de consultas na população portuguesa quando analisados os seguintes indicadores de morbilidade: dias de incapacidade temporária, dias de acamamento, estado de saúde menor que razoável e estado de saúde menor que bom. Contudo os valores são mais elevados nos dois primeiros indicadores.

Quanto ao consumo de medicamentos prescritos pelo médico, apenas os indicadores dos Dias de incapacidade temporária e Número de Dias de Acamamento manifestam índices de equidade positivos, revelando também acentuada iniquidade em saúde. Os restantes indicadores apresentam desigualdades a favor dos mais pobres: asma, diabetes, sensação de mal estar ou adoentado, estado de saúde auto-reportado.

Entre a população imigrante verificam-se níveis mais elevados de iniquidade em saúde estimuladas pelas diferenças de rendimento.

Os quatro indicadores onde se verificaram iniquidades em saúde são também os indicadores onde se verificou existir iniquidade entre a população de naturalidade portuguesa.

O índice de Le Grand é positivo tanto no número de consultas entre a população imigrante (mais positivo no Estado de Saúde menor que Razoável, seguido do número de dias de incapacidade temporária e do número de dias de acamamento), como no consumo de medicação prescrita pelo médico (valor mais elevado nos mesmos indicadores).

Na variável de sensação de mal-estar ou adoentado e nas variáveis das doenças crónicas, a iniquidade existente é a favor dos mais pobres.

Quadro IX - Necessidades em Saúde das Populações Portuguesa e Imigrante

Grupos de Rendimento	População Portuguesa	Pessoas com doença ou mal-estar	Estado de saúde menor que Razoável [MAU e MUITO MAU]	Estado de saúde menor que Bom [RAZOÁVEL, MAU e MUITO MAU]	Dias de incapacidade temporária	Dias de acamamento	Diabetes	Asma
I	18,03%	18,67%	24,55%	21,33%	23,29%	27,33%	19,92%	19,40%
II	20,11%	21,32%	28,04%	24,37%	24,07%	26,09%	24,14%	22,39%
III	19,40%	20,31%	19,84%	20,66%	17,68%	16,24%	21,21%	20,29%
IV	22,51%	22,24%	20,41%	20,50%	21,36%	18,76%	21,98%	19,59%
V	19,95%	17,47%	7,15%	13,14%	13,61%	11,57%	12,75%	18,32%
Índices de Concentração		0,019	-0,185	-0,182	-0,568	-0,505	0,023	0,006

Grupos de Rendimento	População Imigrante	Pessoas com doença ou mal-estar	Estado de saúde menor que Razoável [MAU]	Estado de saúde menor que Bom [RAZOÁVEL, MAU e MUITO MAU]	Dias de incapacidade temporária	Dias de acamamento	Diabetes	Asma
I	12,11%	11,60%	22,39%	18,16%	20,80%	25,00%	34,88%	18,99%
II	14,78%	14,92%	14,93%	17,00%	12,90%	5,09%	16,28%	13,92%
III	17,65%	17,68%	16,42%	18,16%	20,92%	19,91%	6,98%	10,13%
IV	26,05%	27,07%	23,88%	29,11%	30,41%	40,28%	16,28%	22,78%
V	29,41%	28,73%	22,39%	17,58%	14,96%	9,72%	25,58%	34,18%
Índices de Concentração		0,001	-0,524	-0,314	-0,811	-0,504	0,019	0,004

Fonte: IV INS

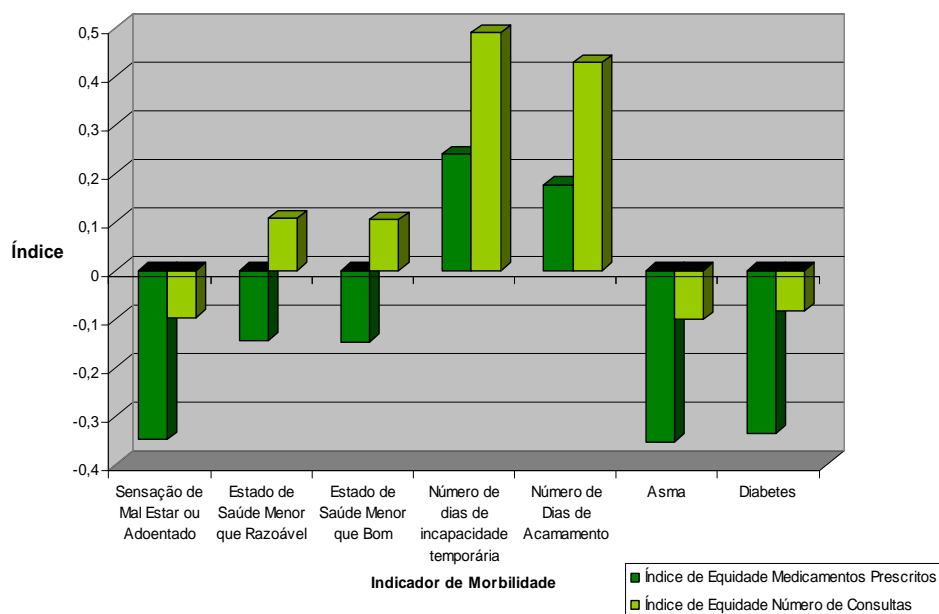
Quadro X – Resumo dos índices de Concentração da Doença, Utilização e Equidade

População Portuguesa					
	Índice de Concentração da doença	Índice de Concentração da utilização		Índice de Equidade	
		Consultas	Medicamentos	Consultas	Medicamentos
Doença ou mal estar	0,019	-0,078	-0,329	-0,097	-0,348
Estado de saúde menor que razoável	-0,185	-0,078	-0,329	0,107	-0,144
Estado de saúde menor que bom	-0,182	-0,078	-0,329	0,104	-0,147
Dias de incapacidade temporária	-0,568	-0,078	-0,329	0,49	0,239
Dias de acamamento	-0,505	-0,078	-0,329	0,427	0,176
Diabetes	0,023	-0,078	-0,329	-0,101	-0,352
Asma	0,006	-0,078	-0,329	-0,084	-0,335
População Imigrante					
	Índice de Concentração da doença	Índice de Concentração da utilização		Índice de Equidade	
		Consultas	Medicamentos	Consultas	Medicamentos
Doença ou mal estar	0,001	-0,273	-0,017	-0,274	-0,018
Estado de saúde menor que razoável	-0,524	-0,273	-0,017	1,261	0,507
Estado de saúde menor que bom	-0,314	-0,273	-0,017	0,251	0,297
Dias de incapacidade temporária	-0,811	-0,273	-0,017	0,538	0,794
Dias de acamamento	-0,504	-0,273	-0,017	0,231	0,487
Diabetes	0,019	-0,273	-0,017	-0,292	-0,036
Asma	0,004	-0,273	-0,017	-0,277	-0,021

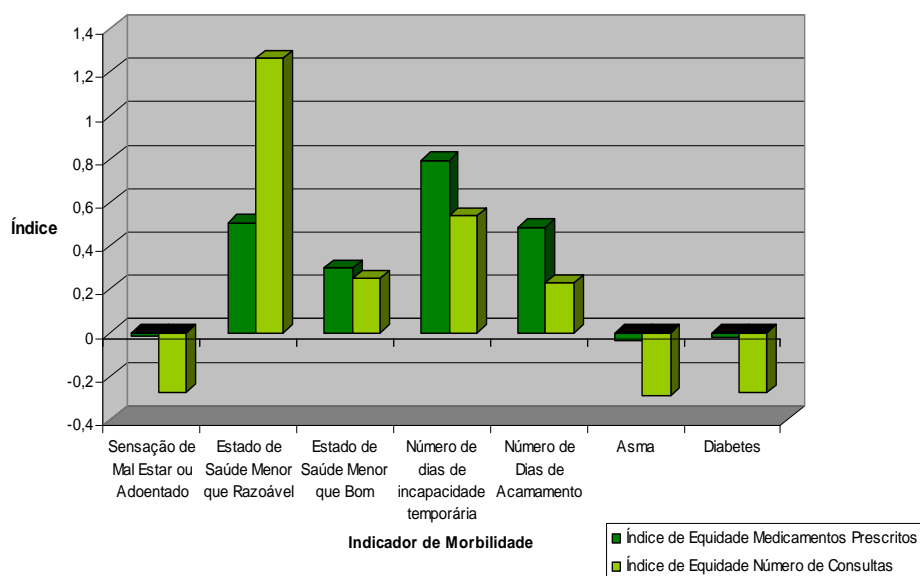
Fonte: IV INS

Gráfico III - Índices de Equidade por indicador – População Portuguesa e Imigrante

População Portuguesa



População Imigrante



VI. Discussão e Conclusão

Na caracterização socioeconómica da população percebem-se os laços históricos de Portugal com um conjunto de países, nomeadamente com os PALOP, uma vez que os imigrantes presentes em Portugal são maioritariamente oriundos de África (Angola, Moçambique, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe e Guiné-Bissau) e que o Brasil, assume um posição de grande destaque com, 11,79% da população. Por outro lado, os países da Europa de Leste começam a assumir um papel de destaque no conjunto da população imigrante em Portugal. Uma das limitações deste estudo é não desagregar a população na análise das variáveis de saúde por país de nascimento, devido ao reduzido tamanho da amostra. Contudo, será interessante, no futuro, analisar as populações desagregando-as por país de nascimento.

Importa salientar que o Estado Português tem seguido de forma atenta e preocupada a temática da imigração e saúde como comprovam as iniciativas já tomadas e a toda a legislação em vigor para o acesso aos cuidados de saúde. Contudo, refira-se que o acesso aos cuidados de saúde para os imigrantes indocumentados poderá estar dificultado pela obrigatoriedade de apresentar documentação a requerer em instituições públicas como a Junta de Freguesia ou a Segurança Social, dado que estes imigrantes poderão ter receios de detenção ou desconfiança perante um sistema que desconhecem.

No que diz respeito às características socioeconómicas da população portuguesa e imigrante é indiscutível, pela análise desta amostra, que a imigração em Portugal é sobretudo uma imigração económica, em que a população que imigra é sobretudo uma população jovem e activa. Interessante é observar que a população imigrante apresenta níveis de formação superiores aos da população portuguesa, embora se possa associar esta característica à idade das populações, pois o facto de a população portuguesa ser bastante mais envelhecida poderá estar relacionada com estas diferenças.

Ao nível dos rendimentos, a população imigrante parece estar acima dos valores de rendimento da população portuguesa. Esta situação verificou-se nos dados analisados com e sem filtro de idade. Estes resultados encontram-se alinhados com os resultados obtidos por Dias et. al, 2009 no estudo sobre a população imigrante, cuja principal fonte de informação foi também o IV INS.

Nas variáveis de saúde, também se concluiu que os imigrantes apresentam algumas condições mais favoráveis do que a população portuguesa, nomeadamente, no que diz respeito ao estado de saúde auto-reportado, na sensação de mal-estar ou adoentado nas duas semanas anteriores ao INS, nos dias de actividade limitada e nos dias de acamamento, em que se verificou que a população imigrante sugere ser mais saudável do que a população portuguesa. Naturalmente que o factor idade estará relacionado com este tipo de respostas ao inquérito e que, possivelmente uma padronização pela variável idade seria desejável para perceber melhor os resultados. Contudo, embora neste estudo não se tenha optado pela padronização por idade ou mesmo por sexo, os resultados obtidos estão em linha com os resultados obtidos no estudo já referido de Dias et. al., 2009, tendo esta publicação aplicado a padronização da variável idade pelo método directo.

Nas doenças crónicas analisadas (diabetes, asma e dor crónica), a população imigrante apenas apresenta piores resultados relativamente à população portuguesa na asma diagnosticada por profissional de saúde. Mais uma vez, os mesmos resultados foram também encontrados no estudo de Dias et. al., 2009, onde se verificou uma maior prevalência da asma entre a população imigrante, valores estes que agravaram na população imigrante após a padronização por idade, embora as diferenças não sejam muito relevantes. Na diabetes e na dor crónica, os resultados foram superiores na população portuguesa.

Após desagregar as variáveis de saúde por sexo e por idade, foi interessante verificar que em ambas as populações, os piores resultados em saúde se encontram no sexo feminino. No entanto, estes resultados surgem em grupos etários distintos. Na população portuguesa, os piores resultados encontrados estão acima dos 40 anos e entre a população imigrante, os piores resultados de saúde verificaram-se entre a população mais jovem, logo a partir dos 20 anos, devido à reduzida proporção de população nas idades acima dos 60 anos.

Os valores da incapacidade temporária apresentados em média de dias foram muito semelhantes entre as duas populações (0,75 dias na população portuguesa e 0,57 dias na população imigrante) e mesmo após a desagregação por sexo e idade, as diferenças percentuais não são relevantes,

estando mesmo muito aproximadas no indicador de 1 a 5 dias de incapacidade e no indicador de mais de 5 dias de incapacidade temporária.

Na variável dias de acamamento, em média, a população portuguesa tem mais dias de acamamento (2,35 dias) do que a população imigrante (1,57 dias), mas após desagregar por sexo e idade e decompor a variável de um a cinco dias, destaca-se uma maior percentagem das mulheres imigrantes com dias de acamamento, novamente concentrada entre a população mais jovem. Poderá este resultado estar, eventualmente, relacionado com o facto de estas mulheres estarem em idade fértil. Estes resultados evidenciam a necessidade de estudar o género nas desigualdades em saúde, como defendeu Helen Cooper (Cooper, 2002).

Quanto aos resultados encontrados entre a população imigrante que apontam para uma eventual melhor saúde do que a população portuguesa, estes poderão estar relacionados com o facto de esta população ser uma população sobretudo jovem e activa. Saliente-se que estes resultados também se encontram alinhados com os estudos que referem que a população que decide emigrar se encontra em condições mais favoráveis de saúde do que a população autóctone, sobretudo nos primeiros anos de estadia no país de destino. A este fenómeno, foi dada a designação já atrás referida de “Healthy Immigrant Effect” (Ronellenfitsh e Razum, 2004; DesMeules et. al., 2004; Buron et al., 2008; Garcia-Gómez e Oliva 2008; Carrasco-Garrido et. al. 2009).

Quanto aos resultados na utilização dos cuidados de saúde, verificou-se que a percentagem de imigrantes que não consultou o médico nos 3 meses que antecederam o INS é superior à da população portuguesa e que, mesmo entre os que consultaram o médico pelo menos uma vez, e mais do que duas vezes, a percentagem da população imigrante é inferior à da população portuguesa. Destacam-se, mais uma vez, as mulheres, desta vez como mais utilizadoras dos cuidados de saúde (tanto entre a população portuguesa como entre a população imigrante).

As diferenças na utilização são mais visíveis no consumo de medicação prescrita, em que os imigrantes claramente se encontram abaixo das percentagens apresentadas pelos portugueses. Isto significa que os resultados apontam para uma menor utilização dos cuidados de saúde pela população imigrante. No entanto, alguns estudos concluem que, com o passar dos anos,

há uma tendência das populações imigrantes em adquirir os hábitos das populações autóctones (consequência da aculturação) (Ronellenfitsh e Razum, 2004). Tendo este aspecto em consideração, os resultados obtidos pelo estudo de Dias et. al., 2009 estão em linha com esta sugestão, uma vez que estes autores verificaram no seu estudo que a frequência de utilização de consultas médicas pelos imigrantes em Portugal, nos três meses anteriores ao INS, aumentou com o passar dos anos a residir no país. Neste sentido, os autores associam este fenómeno ao aumento da idade e ao aumento da integração.

A análise do rendimento enquanto factor gerador de desigualdades em saúde permite afirmar que, entre as duas populações em estudo, existem desigualdades na distribuição do rendimento. Estas desigualdades condicionam tanto a população portuguesa como a população imigrante, uma vez que se verificou maior concentração de doença entre a população mais pobre nos mesmos indicadores (estado de saúde auto-reportado; dias de incapacidade temporária e dias de acamamento).

Quanto à utilização de cuidados de saúde, também se verificou que o rendimento condiciona a utilização de cuidados de saúde, tendo os resultados, nas duas populações em análise, sido superiores nas consultas médicas.

Assim, os índices de equidade verificaram-se positivos para as duas populações, revelando desigualdades em saúde a favor dos mais ricos nas mesmas variáveis onde já se verificavam desigualdades em saúde: estado de saúde auto-reportado, dias de actividade limitada / incapacidade temporária e dias de acamamento. Contudo, na população portuguesa, a iniquidade está mais acentuada quando avaliado o número de consultas médicas e na população imigrante a iniquidade existe em ambas as variáveis de utilização, reflexo provável das maiores desigualdades nos rendimentos da população imigrante.

Resultados semelhantes foram encontrados por Quevedo e Rubio, 2009, no seu estudo sobre a população espanhola e imigrante. Estes autores efectuaram estudo semelhante com aplicação dos índices de concentração utilizando também a variável rendimento e o Inquérito Nacional de Saúde Espanhol. Com esta análise, os autores concluíram que existem desigualdades socioeconómicas em todas as variáveis de saúde estudadas que favorecem os

grupos com maiores rendimentos. Esta conclusão observou-se tanto para a população espanhola como para a população imigrante.

Resta ainda referir que podem ser apontadas diversas limitações a este estudo, tais como: a reduzida amostra da população imigrante e o facto de esta amostra poder não representar fielmente a população imigrante pois exclui todos os cidadãos imigrantes indocumentados e, nesse sentido, reitera-se a conclusão de Dias et. al., 2009 de que deverão ser realizados estudos que consigam incluir uma parte desta população imigrante.

Outra limitação que poderá ser apontada é o uso de variáveis subjectivas de auto-percepção do estado de saúde que estão forçosamente muito associadas à cultura do respondente.

Por último, o facto de a população imigrante em Portugal ser sobretudo uma população jovem em idade activa (imigração sobretudo económica) poderá ter condicionado a análise das variáveis devido à sua estrutura etária.

Ainda assim, a temática estudada é importante para todos os países de imigração, no sentido de compreender que necessidades em saúde têm estas populações, que utilização fazem dos cuidados de saúde e que dificuldades encontram no acesso aos cuidados de saúde.

O tema saúde e imigração apresenta um vasto leque de possibilidades de estudo que poderão ser consideradas relevantes. Isto é, poderão ser considerados outros estudos sobre estas populações que consigam, como já referido, incluir os cidadãos indocumentados, desagregar as populações por país de nascimento, avaliar em que medida os anos de permanência em Portugal influenciam as variáveis de saúde e de utilização, estudar as causas de mortalidade destas populações, entre outros.

Bibliografia:

ANDRADE, Inês – Geografia da saúde da população imigrante na Área Metropolitana de Lisboa. Lisboa: ACIDI, Dezembro de 2008.

BAGANHA, Maria Iannnis; FONSECA, M. Lucinda (Eds.) (2004) – New Waves: Migration from Eastern to Southern Europe. Lisboa: Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento, 2004.

BAGANHA, Maria Iannnis (coord.); MARQUES, José Carlos – Imigração e Política. Fundação Luso-Americana, Lisboa, Novembro de 2001.

BEACH, Mary et al - Improving health care quality for racial/ethnic minorities: a systematic review of the best evidence regarding provider and organization interventions. **BMC Public Health**. 6:104. (Abril 2004).

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; K. JELLSTROM – Epidemiologia Básica. Escola Nacional de Saúde Pública, 1.^a edição. Lisboa, Julho de 2003.

BELTRÁN, Maria Sandra – Iniquidade em saúde na região norte: estudo baseado nos dados do inquérito nacional de saúde 1998/1999. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003. Dissertação elaborada no âmbito do Curso de Especialização em Saúde Pública 2002/2003 ministrado pela ENSP. UNL.

BOS, Vivian et al – Ethnic inequalities in age and cause specific mortality in The Netherlands. **International Journal of Epidemiology**. Vol 33, (2004). 1112-1119.

BUKA, Stephen – Disparities in Health Status and Substance Use: Ethnicity and Socioeconomic Factors. **Public Health Reports**. 117: 1 (2002). 118-125.

- BURON, Andrea et. al. – Hospital emergency department utilisation rates among the immigrant population in Barcelona, Spain. **BMC Health Services Research**. 8:51 (March, 2008).
- CAMPBELL, Catherine; MCLEAN, Carl – Ethnic Identities, social capital and health inequalities: factors shaping African-Caribbean participation in local community networks in the UK. **Social Science and Medicine**. Vol. 55, (2002). 643-657.
- CARRASCO-GARRIDO, Pilar et. al. – Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain. **BMC Public Health**. 9:201 (June, 2009).
- CARRASCO-GARRIDO, Pilar et. al. Health Profiles, Lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. **European Journal of Public Health**. 17:5 (January, 2007) 503-507.
- COOPER, Helen – Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health. **Social Science & Medicine**. (2002) 693-706.
- DAHLGREN, Goran; WHITEHEAD, Margaret – Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling part 1. Copenhagen, World Health Organization, 2007.
- DAHLGREN, Goran; WHITEHEAD, Margaret – European strategies for tackling social inequities in health: levelling part 2. Copenhagen, World Health Organization, 2007.
- D'ALMEIDA, André Corrêa – Impacto da imigração nas contas do Estado. Observatório da Imigração 1, 1.^a edição, Lisboa, ACIME, 2003.

- DESMEULES, Marie et. al. – New approaches to immigrant health assessment. **Revue Canadienne de Santé Publique**. 95:3. (June, 2004). 22-26.
- DIAS, Carlos et. al. – A saúde dos imigrantes, Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006. Lisboa: Departamento de Epidemiologia Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP, Julho 2008.
- DIAS, Sónia (coord.) – Revista Migrações, número temático Imigração e Saúde. Lisboa: ACIDI, IP. Setembro de 2007.
- DIAS, Sónia et. al. – Risco de Infecção por VIH/SIDA. Utilização -acesso aos Serviços de Saúde numa comunidade imigrante. **Acta Médica Portuguesa**. 17. (Lisboa, 2004) 211-218.
- DIAS, Sónia; SEVERO, Milton; BARROS, Henrique – Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. **BMC Health Services Research**. 8:207 (October, 2008).
- FELIU, Luís A. Gimeno et. al. – Comparative study of paediatric prescription drug utilization between the spanish and immigrant population. **BMC Health Services Research**. 9:225 (December, 2009).
- FONSECA, M. Lucinda (coord), M. Ormond, J. Malheiros, M. Patrício & F. Martins, Reunificação Familiar e Imigração em Portugal. Relatório Final. Coleção Estudos do Observatório da Imigração, 15. Lisboa, 2005, ACIME.
- FONSECA, M. Lucinda et. al. – MIGHEALTHNET Rede de informação sobre boas práticas em cuidados de saúde para imigrantes e minorias étnicas na Europa. Departamento de Geografia/Centro de Estudos Geográficos, Universidade de Lisboa, 2009.

FONSECA, M. Lucinda; MALHEIROS, Jorge – “Nouvelle Immigration, Marché du Travail et Competitivité des Régions Portugaises”. *Geografie, Économie, Société – Revue Scientifique Internationale* 4:2(2003). 433-457.

FONSECA, Maria Lucinda et. al. – MIGHEALTHNET – Rede de informação sobre boas práticas em cuidados de saúde para imigrantes e minorias étnicas na Europa. Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos. Universidade de Lisboa, 2009.

FORD, Marvella E.; KELLY, P. Adam – Conceptualizing and Categorizing Race and Ethnicity in Health Services Research. **Health Research and Educational Trust**. Part II, (October 2005) 1658-1675.

GARCIA-GOMEZ, Pilar; OLIVA, Juan – Calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante en edad productiva. **Gaceta Sanitaria**. 23:1. (Noviembre de 2009) 38-46.

GIRALDES, Maria – Equidade de utilização segundo o Inquérito Nacional de Saúde 1995/96, a nível regional. Qual a satisfação dos utentes? **Economia da Saúde**. 19:2 (Dezembro de 2001). 15-26.

JOHNSTONE, Megan-Jane; KANITSAKI, Olga – Ethnic aged discrimination and disparities in health and social care: a question of social justice. **Australasian Journal on Ageing**. 27:3 (September 2008) 110-115.

KARLSEN, Saffron; NAZROO, James; STEPHENSON, Rob – Ethnicity, environment and health: putting ethnic inequalities in health in their place. **Social Science & Medicine**. 55 (2002) 1647-1661.

KARLSEN, Saffron; NAZROO, James – Relation between Racial Discrimination, Social Class and Health Among Ethnic Minority Groups. **Social Science & Medicine**. 92:4 (April 2002) 1647-1661, 624-631.

- KRIEGER, Nancy et al – Painting a truer picture of US socioeconomic and racial/ethnic health inequalities: the public health disparities geocoding project. **American Journal of Public Health**. 5:2 (February, 2005) 312-323.
- KU, Leighton; MATANI, Sheetal – Left Out: Immigrants' Access to Health Care and Insurance. **Health Affairs**. (January, 2001) 247-256.
- LAGES, Mário (coord.); POLICARPO, Verónica – Atitudes e valores perante a imigração. Observatório da Imigração 2, 1.^a edição, Lisboa, ACIME, 2003.
- LAMKADDEM, Majda et. al. – Changes in health and primary health care use of Moroccan and Turkish migrants between 2001 and 2005: a longitudinal study. **BMC Public Health**. 8:40 (January, 2008).
- LINDERT, J.; SCHOULER-OCAK, M.; HEINZ A.; PRIEBE S. – Mental Health, health care utilization of migrants in Europe. **European Psychiatry**. 23 (Janvier 2008) 14-20.
- LUCAS, Jacqueline et. al. – Health Status, health insurance, and health care utilization patterns of immigrant black men. **Research and Practice**. 93:10 (October, 2003) 1740-1747.
- MARVELLA, E. Ford; KELLY, Adam – Conceptualizing and categorizing race and ethnicity in health services research. **Health Research and Educational Trust**. 10:1111 (2005) 1658-1675.
- NAZROO, James – Genetic, Cultural or socio-economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. **Sociology of Health & Illness**. 20:5 (1998) 710-730.

- NAZROO, James – The Structuring os Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination, and Racism. **American Journal of Public Health**. 93:2 (February, 2003) 277-284.
- NICOLÁS, Ángel; PARREÑO, José – Utilización de servicios sanitarios por parte de las poblaciones inmigrante y native en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. **Gaceta Sanitária**. 23:1 (Noviembre, 2009). 12-18.
- OLIVER, M. – Racial Health inequalities in the USA: The role of social class. **Public Health**. (2008) 1440-1442.
- PEREIRA, Alexandre – SPSS Guia Prático de Utilização, Análise de dados para ciências sociais e psicologia. Edições Sílabo, 6ª Edição. Lisboa, 2006.
- PEREIRA, J. – Economia da Saúde – Glossário de Termos e Conceitos. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Documento de Trabalho n.º 1/93, 4.ª Edição, 2004.
- PEREIRA, J. – Prestação de Cuidados de Saúde de acordo com as necessidades? Um estudo empírico aplicado ao sistema de saúde português. In: S.M. Viana; S. Piola (eds) Economia da Saúde. Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde. IPEA, Brasília.
- QUEVEDO, Cristina Hernández; RUBIO, Dolores Jimenéz – Las diferencias socioeconómicas en la salud entre la población española y extranjera en España: Evidencia de la Enquesta Nacional de Salud. **Gaceta Sanitária**. 23:1 (Júlio, 2009). 47-52.
- REGIDOR, Enrique et. al. – La utilización de los servicios sanitários por la población inmigrante em España. 23:1. (Mayo, 2009). 4-11.

- RONELLENFITSCH, Ulrich; RAZUM, Oliver - Deteriorating health satisfaction among immigrants from Eastern Europe to Germany. **International Journal for Equity in Health**. (June 2004) 1-10.
- RUBIO, Dolores Jimenez; QUEVEDO, Cristina Hernández – Inequalities in the use of health services between immigrants and the native population in Spain: what is driving the differences? **European Journal of Health Economy**. January, 2010.
- SANTANA, Paula – Poverty, social exclusion and health in Portugal. **Social Science & Medicine**. 55 (2002). 33-45.
- SIMÕES, Ana; PAQUETE Ana; ARAÚJO, Marília – Equidade horizontal no sistema de saúde português – sector público vs privado. **Associação Académica de Economia da Saúde**. Documento de trabalho 3/2006. Abril de 2006.
- SIRIWARDENA, A. Niroshan - Specific Health Issues in Ethnic Minority Groups, **Clinical Cornerstone – Diversity in Medicine**. 6:1 (2004) 34-42.
- SOLA, Carmen et. Al. - Ingreso hospitalario de los recién nacidos según el origen étnico y el país de procedencia de los progenitores en una área urbana de Barcelona. **Gac. Sanit**. 22:6 (Octubre, 2007) 555-564.
- SOUSA, J. Edmundo – Os imigrantes ucranianos em Portugal e os cuidados de saúde. Lisboa, ACIME, 1.^a Edição, 2006.
- STEWART, Scott H.; SILVERSTEIN, Marc – Racial and Ethnic Disparity in Blood Pressure and Cholesterol Measurement. **JGIM**. (June 2002) 405-411.
- STONE, David et. al. – Introdução à Epidemiologia. McGraw-Hill, 1999. Alfragide.

STRONKS, K.; RAVELLI, A.C.; REIJNEVELD, S.A. – Immigrants in the Netherlands: Equal Access for equal needs? **J. Epidemiol Community Health**. Vol 55 (February 2001) 701-707.

STRYER, Daniel B.; WEINICK, Robin M.; CLANCY, Carolyn M. – Reducing Racial and Ethnic Disparities in Health Care, **HSR: Health Services Research**, xv:xxvi (October 2002).

TENDERO, Maria Pilar et. al. – Análisis de la demanda asistencial en dermatología de la población inmigrante. **Gaceta Sanitaria**. 22 (2008) 133-136.

UITERS, Ellen et. al. – Differences between immigrant and non-immigrant groups in the use of primary medical care; a systematic review. **BMC Health Services Research**. 9:76 (May, 2009).

ULRICH, Ronellenfitsch; RAZUM, Oliver – Deteriorating health satisfaction among immigrants from Eastern Europe to Germany. **International Journal for Equity in Health**. 3:4 (June, 2004).

WILLIAMS, David; NEIGHBORS, Harold; JACKSON, James – Racial/ethnic Discrimination and Health: Findings From Community Studies. **American Journal of Public Health**. Vol. 92:2 (February, 2003) 200-208.

WILLIAMS, David et. al. – Race, socioeconomic status, and health: Complexities, ongoing challenges, and research opportunities. **Annals of the New York Academy of Sciences**. (2010) 69-101.

WORLD BANK INSTITUTE - **Analysing Health Equity Using Household Survey Data – A guide to techniques and their implementation: WBI Learning Resources Series**. Washington DC. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **International Migration Health & Human Rights**. Issue n.º 4. 2003.

Legislação:

DECRETO n.º 32/2003

DECRETO n.º 36/2003

DECRETO-LEI n.º 201/2007 de 24 de Maio

DECRETO-LEI n.º 173/2003 de 1 de Agosto

DECRETO-LEI n.º 67/2004 de 25 de Março de 2004

DECRETO-LEI n.º 70/2000 de 20 de Abril

DECRETO-LEI n.º 11/1993 de 15 de Janeiro

DECRETO-LEI n.º 60/2003 de 1 de Abril

DECRETO-LEI n.º 237-A/2006 de 14 de Dezembro

DECRETO REGULAMENTAR n.º 84/2007 de 5 de Novembro

DESPACHO n.º 25360/2001 de 16 de Novembro

LEI n.º 23/2007 de 4 de Julho

LEI n.º 27/2002 de 8 de Novembro

LEI n.º 48/90 de 24 de Agosto

LEI n.º 56/79 de 15 de Setembro

LEI ORGÂNICA n.º 2/2006 de 17 de Abril

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º 63-A de 3 de Julho

PORTARIA n.º 34/2009 de 15 de Janeiro

CIRCULAR INFORMATIVA n.º14/DSPCS de 02/04/2002

CIRCULAR INFORMATIVA n.º48/DSPCS de 03/10/2002

CIRCULAR INFORMATIVA n.º65/DSPCS de 26/11/2004